



“Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros”

por

Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientador principal: Prof. Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Natal*

Rio de Janeiro, fevereiro de 2014.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

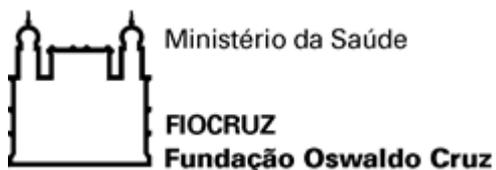
O48 Oliveira, Luisa Gonçalves Dutra de.
Avaliação da implantação do Programa de Controle da
Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros.
/ Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira. -- 2014.
147 f. : tab. ; graf.

Orientador: Camacho, Luiz Antonio Bastos.
Natal, Sonia.

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Tuberculose – Prevenção & controle. 2. Prisões. 3.
Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Atenção à
Saúde. 5. Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 616.9950981



Esta tese, intitulada

“Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros”

apresentada por

Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Fernandes Penna

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz

Prof. Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho – Orientador principal

“Trazia o doente já com a conduta: — Doutor, esse aqui tem febre, dor no peito e sudorese noturna. Foi receitado soro com vitamina e ampicilina, mas eu já comecei o esquema tríptico.”

Dráuzio Varella (Estação Carandiru)

“Procurei em redor um daqueles temerosos carros, os tintureiros, marcados com um dístico, eufemismo extravagante: *assistência policial*. Jogam-nos ali, esmagam-nos, indiferentes à capacidade, e batem a porta; viajamos na treva e no calor, como bichos, atormentados pela desagradável assistência.”

Graciliano Ramos (Memórias do cárcere)

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Luiz Antonio Bastos Camacho e Sonia Natal, pela generosidade, profissionalismo, incentivo e pela confiança depositada no trabalho.

Ao Allan Nuno de Sousa por seu apoio e contribuição na coleta de dados.

A Alexandra Sanchez e Bernard Larouzé pela participação na elaboração do projeto e na discussão sobre a operacionalização da pesquisa.

Às Secretarias de Administração Penitenciária dos estados estudados, por permitirem o acesso às unidades do sistema prisional e às informações necessárias ao desenvolvimento da pesquisa.

Aos gestores, profissionais de saúde, agentes de segurança e detentos que generosamente aceitaram participar e contribuir para o estudo.

Aos professores que compõem a banca examinadora deste estudo por aceitarem o convite e pelas contribuições que com certeza vão aprimorar o trabalho.

Ao CNPq pela disponibilização dos recursos necessários à execução da pesquisa.

À amiga Sonia Leitão e à Carmem Lucia e demais servidores da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da UFF, que apontaram caminhos na minha busca por direitos.

Ao amigo Pedro Paulo F. Catharina pela atenciosa revisão do texto.

Ao amigo Sérgio Setúbal pela revisão da tese e pelas valiosas sugestões.

Ao Kenneth pelo apoio incondicional e pelo imenso carinho durante todo esse tempo.

Ao André, por tudo.

RESUMO

A prevalência da tuberculose na população privada de liberdade no Brasil tem se mantido elevada nos últimos anos. Em 2003 foi implantado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, com ações e metas previstas para o controle da tuberculose, entre outras. A partir de 2007, foi introduzida na ficha de notificação dos casos de tuberculose a variável “institucionalizado” e a categoria “presídio”, o que permitiu uma análise da situação epidemiológica. Em 2010 o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) lançou seu manual de recomendações que contém um capítulo específico destinado às populações vulneráveis, entre elas a população privada de liberdade. Apesar de as ações de controle da tuberculose no sistema penitenciário brasileiro estarem normatizadas, os estudos sobre a sua implantação ainda são escassos. Este trabalho teve como objetivo avaliar a implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em unidades prisionais de dois estados brasileiros, considerando a influência das dimensões externa e político-organizacional. Ele foi desenvolvido em duas etapas: estudo de avaliabilidade e estudo de casos múltiplos. No primeiro foi feita a descrição do programa e elaborados os modelos teórico e lógico da intervenção. Os casos selecionados foram o PCT/Sistema de Saúde Prisional de dois estados no Brasil. Duas unidades prisionais em cada estado e um hospital penal em um deles foram as unidades de análise. O estudo de avaliabilidade mostrou que os modelos de organização do PCT eram distintos nos casos estudados. Na análise da implantação, verificou-se que o programa estava parcialmente implantado nas unidades de análise do Caso 1 e no hospital penal, enquanto que nas unidades prisionais não hospitalares do Caso 2, o nível de implantação era baixo. A integração entre as secretarias de administração penitenciária e de saúde, a disponibilidade de recursos, a realização de busca ativa de casos e de tratamento diretamente observado foram alguns dos fatores favoráveis à implantação do programa. No Caso 2, a densidade demográfica, a proporção da população vivendo em aglomerados subnormais e a incidência da tuberculose na população em geral eram maiores do que no Caso 1. Em ambos os casos houve dificuldade para execução dos recursos financeiros destinados às unidades de saúde do sistema prisional. A vulnerabilidade social e o compromisso político nos estados, que compõem a dimensão externa, e a dimensão político-organizacional, constituída por autonomia técnica e político-financeira, ações intersetoriais e gerência, influenciaram o grau de implantação do PCT nas unidades prisionais. As taxas de cura e de abandono do tratamento foram mais favoráveis no Caso 1, o que sugere que o grau de implantação têm influência nos efeitos obtidos. O modelo teórico desenvolvido mostrou-se adequado para a realização desta pesquisa e poderá ser utilizado em outros estudos.

Palavras-chave: avaliação de programas de saúde, prisões, tuberculose

ABSTRACT

The prevalence of tuberculosis in Brazilian prison population has continued high in recent years. In 2003 a National Health Plan for Prison System has started, with actions and goals for tuberculosis control, among others. Since 2007 it was introduced in the form of tuberculosis cases reporting a variable named "institutionalized" and the category "prison", which allowed an analysis of the epidemiological situation. In 2010 the National Tuberculosis Control Programme (NTCP) has released its recommendations guide which contains a specific chapter for vulnerable populations, including the prisoners. Despite standardized actions to control tuberculosis in Brazilian prison system, studies of implementation are still lacking. This work aimed to evaluate the implementation of the Tuberculosis Control Program (TCP) in prisons in two Brazilian states, considering the influence of external and political-organizational dimensions. It was developed in two stages: evaluability study and multiple case study. First the program description was taken, then theoretical and logical models of intervention were elaborated. The selected cases were TCP / Prison Health System of two states in Brazil. Two prisons in each state and a hospital for prisoners in one of them were the units of analysis. The evaluability assessment showed that the models of TCP organization were distinct in the cases studied. In the implementation analysis it was found that the program was partially implemented in the units of analysis of Case 1 and in the hospital, whereas at the non-hospital prisons in Case 2, the level of implementation was low. Integration between penitentiary administration and departments of health, availability of resources, active case finding and directly observed treatment were some of the favorable factors for the implementation of the program. In Case 2, population density, proportion of people living in *favela* and incidence of tuberculosis in the general population were larger than in Case 1. In both cases it was difficult to implement the financial resources allocated to health facilities in the prison system. Social vulnerability and political commitment in the states, that compose the external dimension, and the political-organizational dimension, consisting of technical, political and financial autonomy, intersectoral actions and management, influenced the degree of implementation of TCP in prisons. Cure rates and treatment dropout rates were more favorable in Case 1, which suggests that the degree of implementation has influenced the results obtained. The theoretical model was suitable for the research and can be used in other studies.

Key words: program evaluation, prisons, tuberculosis

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADROS:

Quadro I: Diretrizes para o controle da tuberculose no sistema prisional	24
Quadro II: Número de Entrevistas	37
Quadro III: Objetivos Específicos, Tipos de coleta e Fonte de dados	39
Quadro IV: Matriz de Análise e Julgamento: Grau de Implantação do PCT nas Unidades Prisionais (Dimensão Implantação)	45
Quadro V: Pontos de corte para a classificação dos casos nos graus de implantação	47

FIGURAS:

Figura I: Estrutura do Estudo de Avaliabilidade	33
Figura II: Delimitação dos Casos e Unidades de Análise	35
Figura III: Modelo Lógico do PCT no Sistema Penitenciário	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASP	Agente de Segurança Penitenciária
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DOTS	Directly Observed Treatment, short-course
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INFOPEN	Sistema Integrado de Informações Penitenciárias
LEP	Lei de Execução Penal
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNSSP	Programa Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
POE	Plano Operativo Estadual
PPL	População privada de liberdade
SAP	Secretaria de Administração Penitenciária
SEAP	Secretaria Estadual de Administração Penitenciária
SEJ	Secretaria Estadual de Justiça
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB/CTA	Tuberculosis Coalition for Technical Assistance
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TSA	Teste de Sensibilidade aos Antibióticos
UA	Unidade de Análise
UP	Unidade Prisional
USAID	United States Agency for International Development
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

Lista de quadros e figuras

Lista de abreviaturas

Apresentação	10
1. Introdução	12
1.1 – A tuberculose no sistema prisional	13
1.2 – A atenção à saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro	17
1.3 – Justificativa	19
2. Objetivos e perguntas avaliativas	22
2.1 – Objetivo geral	22
2.2 – Objetivos específicos	22
2.3 – Perguntas avaliativas	22
3. Diretrizes para o controle da tuberculose no Sistema Prisional	23
4. Avaliação com enfoque na análise de implantação	29
5. Métodos	32
5.1 – Estudo de avaliabilidade	32
5.2 – Estudo de casos múltiplos	34
5.2.1 – Seleção dos casos	34
5.2.2 – Coleta de dados	36
5.2.3 – Modelo Lógico do Programa	40
5.2.4 – Análise dos dados	42
5.2.5 – Determinação do grau de implantação	43
5.2.6 – Análise da influência das dimensões externa e político-organizacional no grau de implantação	47
5.2.7 – Análise da influência do grau de implantação e da interação entre as dimensões nos efeitos observados	47

6 – Considerações éticas	49
7 – Artigo 1: O Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros	50
8 – Artigo 2: Análise da Implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil	58
9 – Artigo 3: A influência das dimensões externa e político-organizacional na implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas prisões brasileiras	78
10 – Considerações finais	101
11 – Referências	104
12 – Anexos	116
Anexo I – Roteiros de entrevistas	117
Anexo II – Roteiro de observação da unidade de saúde prisional	134
Anexo III – Roteiro para levantamento de dados dos prontuários	136
Anexo IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	141
Anexo V – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa	143

APRESENTAÇÃO

A decisão de avaliar a implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em unidades prisionais brasileiras surgiu a partir da constatação de que os estudos existentes sobre saúde prisional e sobre tuberculose no sistema prisional até então eram, na maioria, estudos epidemiológicos. A escolha do objeto de estudo foi determinada por constituir-se a tuberculose um grave problema de saúde pública especialmente para algumas populações mais vulneráveis, como é o caso da população carcerária, e porque, embora haja ações de controle planejadas e implantadas para o sistema prisional no Brasil há alguns anos, os resultados obtidos não tem conseguido alterar a situação.

A trajetória profissional da pesquisadora, com experiência como enfermeira no campo das doenças infecciosas e já tendo desenvolvido estudo avaliativo durante o curso de mestrado, também contribuiu para a decisão sobre o tipo de estudo a ser desenvolvido. O projeto recebeu o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através do Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 067/2009 e a pesquisa foi desenvolvida após a anuência das Secretarias de Administração Penitenciária dos dois estados selecionados.

Em geral, a presença de um avaliador externo provoca um estranhamento nos locais de realização das pesquisas. Nas unidades prisionais, essa situação é mais acentuada, visto que a entrada de um elemento não pertencente ao quadro de funcionários exige mais atenção e vigilância por parte dos profissionais da segurança. As unidades prisionais representam um universo distinto, com linguagem própria, até então desconhecido pela pesquisadora. Varella (2012) reconhece que nas prisões *o novato é antes de tudo um ingênuo nesse universo em que a interpretação acurada dos fatos exige o olhar cauteloso de homens calejados*. Esse ambiente, que parece regido por um código de leis próprio, foi rico em vivências e observações, amparadas na objetividade do método e, ao mesmo tempo, na flexibilidade permitida por ele.

Esta tese é composta de uma parte inicial onde são apresentados uma revisão de literatura sobre o controle da tuberculose no sistema penitenciário e sobre a situação da saúde penitenciária no Brasil, além dos objetivos, perguntas avaliativas e a descrição minuciosa do método utilizado. Os resultados da pesquisa são descritos em 3 artigos. O primeiro deles, intitulado “O Programa de Controle da

Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros”, já publicado, apresenta o estudo de avaliabilidade¹, etapa preliminar que buscou preparar a avaliação propriamente dita; o segundo, denominado “Avaliação da Implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil”, apresenta a análise da implantação do programa em prisões de 2 estados, procurando identificar os êxitos e os limites da implantação do programa; e o terceiro, intitulado “A Influência das Dimensões Externa e Político-organizacional na Implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas prisões brasileiras” mostra a contribuição dos contextos na implantação e nos efeitos do programa.

Como todo trabalho científico, este não esgota a argumentação sobre o tema, mas levanta algumas questões que, em conjunto com as de outros trabalhos, podem fornecer subsídios aos gestores, aos profissionais e a outros pesquisadores.

¹ Expressão que tem sido utilizada na literatura brasileira como tradução de *Evaluability Assessment*

1 – INTRODUÇÃO

A incidência da tuberculose (TB) vem diminuindo mundialmente nos últimos anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o declínio tem sido lento, cerca de 2% ao ano (WHO, 2012). A taxa de mortalidade por TB apresentou, em todo o mundo, queda de 41% desde 1990, o que sugere que a meta de redução de 50% neste indicador poderá ser atingida até 2015.

Ainda que os dados sejam favoráveis, a última estimativa da OMS é de que 8,6 milhões de casos novos e mais de 1 milhão de mortes pela doença tenham sido registrados em 2012 (WHO, 2013), o que leva a crer que a meta de eliminação da endemia como um problema de saúde pública poderá não ser cumprida em 2050. Alguns desafios persistem, como a dificuldade de acesso ao sistema de saúde pelos grupos vulneráveis, a necessidade de renovar e ampliar o acesso a novas tecnologias de diagnóstico, tratamento e prevenção; e a resistência aos fármacos (Lönnroth et al., 2010). O Xpert MTB/Rif realizado no sistema GeneXpert, um teste diagnóstico desenvolvido mais recentemente, que tem maior sensibilidade e especificidade do que a baciloscopia e oferece um resultado rápido, foi recomendado pela OMS em 2011 como primeira prova diagnóstica entre indivíduos suspeitos de resistência ou coinfectados TB/HIV. No Brasil, esse teste foi recomendado em dezembro de 2012, prevendo-se iniciar a sua implantação por alguns municípios prioritários, entre eles os municípios sede de presídios (Brasil, 2012).

A estratégia Stop TB, lançada em 2006 e recomendada pela OMS, está alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Um dos seus componentes é a expansão e o fortalecimento do *Directly Observed Treatment short-course* (DOTS), que abrange: 1) o compromisso político com adequado suporte financeiro, 2) a garantia da detecção precoce de casos mediante diagnóstico microscópico de qualidade, 3) o tratamento padronizado com supervisão e apoio ao paciente, 4) a garantia do suprimento e gerenciamento efetivos dos medicamentos e 5) o monitoramento e avaliação do desempenho e do impacto do tratamento (WHO, 2013). Para reduzir a carga da TB são também necessários o desenvolvimento de políticas de maior investimento no sistema de saúde, o estabelecimento de conexões com o cronograma de desenvolvimento social e a promoção e intensificação da pesquisa para inovações (Lönnroth et al., 2010). Os esforços para

fortalecer o sistema de saúde, reduzir a pobreza e promover os direitos humanos são imprescindíveis para o controle e eliminação da TB (Dara et al., 2009).

No Brasil, a incidência da TB vem apresentando redução média anual de 1,2% desde 1990, atingindo em 2012 um coeficiente de 36,1/100.000. A taxa de cura ainda se mantém abaixo da meta de 85%, tendo chegado, em 2010, a 73,4% (Brasil, 2013).

1.1 – A TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISONAL

A transmissão da tuberculose (TB) é influenciada por três importantes fatores: a infecciosidade da pessoa doente, o ambiente onde ocorre a exposição e a duração da exposição (Parvez, 2007). A população encarcerada, quando comparada à população em geral, tem maior risco de exposição aos bacilos da tuberculose, de infecção e de desenvolvimento da doença. As altas taxas de incidência e prevalência da doença nas prisões, as condições ambientais desfavoráveis com superlotação e celas mal ventiladas, os longos períodos de encarceramento e a grande mobilidade dos presos entre unidades prisionais favorecem a contínua transmissão (Jones et al., 1999; Parvez, 2007; Larouze, Sanchez e Diuana, 2008). A vulnerabilidade decorrente do uso de drogas, a situação sócio-econômica precária e a maior prevalência de infecção pelo HIV, entre os indivíduos encarcerados, facilitam o adoecimento. Portanto, deve-se dar grande ênfase ao controle da doença neste grupo, tanto durante o encarceramento como após a libertação (Dara et al., 2013). Para muitas dessas pessoas, o serviço de saúde da unidade prisional representa o primeiro acesso às informações, às intervenções e à promoção da saúde (Parvez, 2007; Dara et al., 2009).

A OMS (WHO, 2007) recomenda que as ações para o controle da TB no sistema prisional contem com a integração entre os serviços penitenciários e extrapenitenciários, com o acesso de todos os presos aos serviços de saúde e com suficiência de recursos estruturais, operativos, humanos, materiais e de transporte. Grande parte das prisões no continente americano enfrenta problemas estruturais, orçamentários, sociais, no desenho das políticas públicas e na interação com outras instituições (Diaz e Hyman, 2011). Há outros fatores que tornam a situação ainda mais difícil: o enfoque no castigo e não na reabilitação e reinserção social; o grande consumo de drogas; a política de encarceramento inadequada e a violência muito presente; o aumento da população carcerária; a superlotação nas prisões; e o

aumento da proporção de pessoas encarceradas que não foram julgadas ou sentenciadas (Diaz e Hyman, 2011). Neste documento do Observatório de Segurança Cidadã da Organização dos Estados Americanos (OEA), nomeado “Alertamerica”, os autores apontam a necessidade de desenvolver estratégias e políticas de segurança pública que melhorem a reinserção dos infratores, de forma a evitar a reincidência no ciclo de delitos. Desta forma, melhorar a educação oferecida nas prisões, os serviços de saúde, o tratamento para dependência de drogas e uma rede de apoio aos que são libertados após o cumprimento da pena, são algumas das estratégias consideradas no documento que, de acordo com o mesmo, tem sido pouco implementadas nas prisões do continente. Recomenda-se, assim, que os diversos poderes do estado trabalhem de forma coordenada para um adequado desenho de políticas criminais (Diaz e Hyman, 2011).

A taxa de encarcerados no Brasil cresceu de 133,6 para 259,2/100.000 de 2000 a 2010. A proporção de detentos não julgados ou julgados em primeira instância aumentou de 34,7 para 43,4% no mesmo período (Diaz e Hyman, 2011). Os réus que recorrem de sentença condenatória em primeira instância têm o seu recolhimento provisório à unidade prisional mantido, de acordo com a Resolução 113/2007 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (Brasil, 2007), o que amplia o número de pessoas nas prisões aguardando uma sentença definitiva. A população privada de liberdade (PPL) representa aproximadamente 0,2% da população brasileira, e contribuiu com 7,2% dos casos novos de TB notificados no país em 2012, cujo número absoluto foi de 5.050 casos, ou seja, o equivalente a uma taxa de incidência de 921/100.000 (Brasil, 2013).

Os prisioneiros são em geral provenientes de locais com más condições de habitação e ambiente insalubre, onde a prevalência de tuberculose é alta. Outros fatores, como a dependência de álcool, tabaco e outras drogas, contribuem para que ingressem no sistema prisional doentes ou com alto risco de adoecimento (Dara et al., 2009). Além disso, a PPL é composta predominantemente por adultos jovens do sexo masculino, grupo etário e gênero em que a tuberculose ocorre de forma majoritária.

A implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no Sistema Prisional, de forma a promover o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, necessita de integração com a saúde pública e parcerias comunitárias, profissionais capacitados, avaliação do risco de infecção por TB nas unidades, desenvolvimento

de um protocolo escrito e educação continuada da equipe (Parvez, 2007). De acordo com Dara et al. (2009), a organização de serviços de saúde prisional vinculados a outros ministérios que não o da saúde resulta por vezes em envolvimento insuficiente da equipe de saúde nas atividades do programa de controle da TB. Os compromissos assumidos pela área da saúde podem competir com os da segurança (Arroyo e Astier, 2003; Dara et al., 2009; Zulaika et al., 2012). Além disso, as prisões e seus serviços de saúde são geralmente subfinanciados, e os princípios de equidade na assistência à saúde são frequentemente desconsiderados (Dara et al., 2009). Estes autores consideram que não há um planejamento das ações de saúde no ambiente prisional que seja baseado em uma avaliação das necessidades para determinar os recursos necessários à execução das ações. A maior prevalência de alguns agravos, uma concentração de riscos de adoecimento e a restrição do acesso aos recursos assistenciais informais causam uma grande demanda por atenção à saúde (Dara et al., 2009). Por outro lado, diferenciam-se as percepções e representações de risco que orientam as ações dos detentos, dos agentes de segurança penitenciária e dos profissionais de saúde, o que pode influenciar na atenção à saúde (Diana et al., 2008).

Uma hierarquia não oficial entre os presos, que representa um poder paralelo à administração oficial das prisões, é relatada por alguns autores (Santos, 2003; Dara et al., 2009). Outros (Moreira, 2003; Tavares e Menandro, 2004;) consideram que não há um poder paralelo, mas que a emergência de líderes entre os prisioneiros tenha a anuência do corpo de segurança, no intuito de manter a ordem na prisão. O sistema de barganha entre os presos e entre estes e os funcionários estabelecem regras que podem ter influência sobre a assistência à saúde nas unidades prisionais. Estas influências podem ser negativas, como o impedimento de determinadas ações dos profissionais de saúde, ou positivas, como a decisão e persuasão por parte de alguns líderes de que seja efetuado o cuidado à saúde (Dara et al., 2009; Souza et al., 2012).

O estigma da tuberculose como uma doença associada à pobreza, ao isolamento, à exclusão social e ao comportamento desregrado está presente nas prisões. Um estudo de Ferreira Junior et al. (2013) constatou que, de acordo com os detentos, “muitos rejeitam” a pessoa com tuberculose. Os autores afirmam que o sentimento de medo é a causa mais comum de estigma na TB, o que poderia levar à dificuldade de acesso ao serviço de saúde e de adesão ao tratamento. Por outro lado, o fato de

colocar em risco os companheiros de cela pode levar à mobilização dos mesmos para que se consiga um rápido atendimento na unidade de saúde (Ferreira Junior et al., 2013).

A mobilidade da PPL, tanto dentro do sistema prisional como para fora dele, pode favorecer a interrupção do tratamento, perpetuar a transmissão e aumentar o risco de resistência a drogas (Abrahão, 2003). A coordenação entre a administração da unidade prisional e a equipe de saúde, e de ambos com as instâncias de saúde extramuros é imprescindível para a continuidade do tratamento (Aerts et al., 2006; Dara et al., 2009; Ruiz e Lopez, 2010; Kanyerere et al., 2012). A oportunidade de controlar efetivamente a tuberculose nas prisões é também uma oportunidade de contribuir para o controle efetivo da TB de forma mais ampla na sociedade (Dara et al., 2013).

Os fatores que podem influenciar os resultados do tratamento da TB nas prisões são semelhantes aos encontrados na população em geral. Por parte do paciente, a desnutrição, o uso de drogas, as doenças mentais e outras comorbidades podem levar a resultados desfavoráveis (Campani et al., 2011; Orofino et al., 2012). Por parte do serviço de saúde, o atraso no diagnóstico e no início do tratamento, a pouca integração com o setor de saúde pública, o suprimento inadequado de medicamentos próprios e o tratamento não supervisionado também podem ser adversos (Dara et al., 2009; Paz et al., 2012). Os prisioneiros, em particular, podem ter menos motivação para aderir ao tratamento em virtude de outras preocupações, como a segurança, seu julgamento e sentença (Dara et al., 2009). Os autores recomendam que o TDO seja preferencialmente feito pelo profissional de saúde, mas consideram, em virtude da insuficiência das equipes de saúde em alguns locais, que os agentes de segurança ou os próprios detentos possam ser capacitados para supervisionar o tratamento.

As precárias condições do acompanhamento dos pacientes com TB nas prisões e o seguimento inadequado após a libertação têm prejudicado o controle e a prevenção da tuberculose na sociedade (Dara et al., 2013). Algumas recomendações devem ser reforçadas junto às instituições e autoridades de saúde e para as organizações da sociedade civil. Entre elas, o rastreamento feito no momento do ingresso do prisioneiro e repetido periodicamente; o exame dos contatos; a oferta do teste anti-HIV com aconselhamento; o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento efetivo; a continuidade do cuidado ao interno libertado; o monitoramento da situação da TB

e da TB/HIV nas prisões mediante o envio de relatórios para o sistema de informação de saúde. Recomenda-se também promover, através de atividades educativas, a sensibilização dos detentos e dos profissionais das prisões para o controle da TB e estimular pesquisas que apontem evidências e que contribuam para o controle da TB no sistema penitenciário (Dara et al., 2013).

1.2 – A ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO

Nos últimos 30 anos a legislação brasileira tem avançado no sentido de garantir o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade. Em 1984, a Lei de Execução Penal (Brasil, 2010) brasileira já previa a assistência à saúde dos presidiários, com atendimento médico, farmacêutico e odontológico, de caráter preventivo e curativo, considerando que a atenção à saúde contribuiria para o retorno à convivência em sociedade.

Em 2003, a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777 (Brasil, 2010b) aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP (Brasil, 2010c), com o propósito de contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira. A referida portaria estabelece que aos Ministérios da Justiça e da Saúde cabe a responsabilidade pela atenção integral à saúde da população prisional, participando ambos no financiamento e nas ações. De acordo com o PNSSP, a organização e a execução das ações e serviços de atenção básica ocorrem nas próprias unidades prisionais (UP), realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde é pactuado e definido por cada estado e submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde - CES (Brasil, 2010c).

Para que um estado seja habilitado a receber recursos para investir nas ações de saúde penitenciária, ele deve aderir ao PNSSP através de um Termo de Adesão assinado pelos Secretários Estaduais de Saúde e de Justiça (ou correspondentes) e elaborar um Plano Operativo Estadual (POE) que defina as formas de gestão e/ou gerência das ações e serviços, e também as metas a serem alcançadas, consoante o que define o PNSSP (Brasil, 2010c). O POE deve ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite e enviado ao Ministério da Saúde para aprovação e publicação. O cadastro dos estabelecimentos e dos

profissionais de saúde das unidades prisionais deve ser feito no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (Brasil, 2010c).

A população penitenciária é considerada pelo IBGE (2010) como população residente no município onde se localiza a UP. Desta forma, está incluída no repasse de recursos federais para a atenção básica, de média e alta complexidade. O financiamento das ações de promoção da saúde e de atenção básica é reforçado pelo Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, estabelecido pela Portaria nº 1.777 (Brasil, 2010b). A referida portaria também determina que o Ministério da Justiça deverá financiar a reforma física e a aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das UP, e que as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e de Justiça (SEJ) participarão do financiamento do PNSSP, definindo suas contrapartidas. Aos municípios compete participar na elaboração do POE e no financiamento das ações e serviços previstos no Plano; contratar e controlar serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população penitenciária; capacitar as equipes de saúde das unidades prisionais; monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o POE; participar da elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS); executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica (Brasil, 2010c).

A equipe técnica de saúde para unidades prisionais com mais de 100 e até 500 presos deve ser composta, no mínimo, de: 1 Médico; 1 Enfermeiro; 1 Odontólogo; 1 Psicólogo; 1 Assistente social; 1 Auxiliar de enfermagem; e 1 Auxiliar de consultório dentário (Brasil, 2010b). O PNSSP (Brasil, 2010c) prevê a organização de um plano de capacitação e educação permanente das equipes de atendimento e dos agentes promotores de saúde. O plano tem a meta de sensibilizar todos os servidores prisionais para ações de promoção de saúde. Também incentiva as parcerias das unidades prisionais com instituições da sociedade civil para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa. Os agentes promotores de saúde são detentos (até 5% em cada unidade prisional) que têm como atribuições: a promoção da saúde e a prevenção de doenças de maior prevalência; a identificação e comunicação à equipe de saúde dos agravos e/ou problemas que possam ser detectados durante a sua atividade educativa; o acompanhamento de tratamentos de longa duração,

como os de tuberculose, AIDS e diabetes, entre outros, verificando as condições determinantes de adesão e abandono, e as inadequações (Brasil, 2010b).

Recentemente foi publicada a Portaria Interministerial n° 1/2014 que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP (Brasil, 2014). A PNAISP propõe, entre outras coisas, incluir a saúde prisional no SUS e fortalecer as relações intersetoriais com as instâncias da Justiça e Segurança, Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. São previstas duas modalidades para a implantação dos Serviços de Saúde no Sistema Prisional. Na primeira, as UP com até 100 custodiados terão a atenção à saúde garantida pelos Serviços de Atenção Básica no território em que se localizam. A segunda modalidade trata de UP com mais de 100 custodiados, nas quais haverá uma equipe de saúde subordinada ao gestor municipal de saúde composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, odontólogo, técnico de enfermagem e técnico de higiene bucal, e responsável pelas ações de atenção básica na UP. A partir da implantação da PNAISP, que ocorrerá a partir da assinatura do termo de adesão nos estados e municípios, com prazo até 31 de dezembro de 2016, a gestão da saúde pública nos diversos níveis do sistema poderá garantir a continuidade das ações de saúde para as pessoas privadas de liberdade. As parcerias nos níveis estaduais e municipais serão fundamentais para que se efetivem as mudanças necessárias previstas. Embora tenha sido revogada a Portaria Interministerial n° 1777/2003, as regras nela previstas estarão vigentes enquanto não for efetivada a implantação da PNAISP pelos estados (Brasil, 2014).

1.3 - JUSTIFICATIVA

Em 2006, os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicaram diretrizes para prevenção e controle da tuberculose no sistema penitenciário que incluía, entre outras recomendações, a de que houvesse uma avaliação periódica dos programas de controle de TB no sistema carcerário, com o fim de verificar se as medidas de prevenção e controle da doença estavam sendo efetivas.

No Brasil, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) prisional está vinculado administrativa e operacionalmente à Secretaria de Administração Penitenciária. O planejamento e a execução das ações de prevenção, tratamento e controle da doença no sistema prisional são de responsabilidade da Coordenação de Saúde das Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária. Embora esteja prevista a

integração com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os profissionais de saúde que desenvolvem as ações do programa estão vinculados ao sistema penitenciário.

A avaliação do PCT deve envolver a análise das dimensões essenciais à implantação do programa: a dimensão externa, envolvendo os aspectos relacionados ao contexto da implantação; a dimensão político-organizacional, considerando os aspectos gerenciais e de organização do programa; a implantação do programa, englobando os recursos e a execução das ações; e os efeitos atribuídos ao programa. Como afirmam Medina et al. (2005), além dos aspectos estruturais e operacionais do programa, as questões relacionadas ao contexto da sua implantação, ou seja, as organizacionais e sócio-políticas, são essenciais para a construção da teoria do programa e para a avaliação da sua implantação. As dimensões envolvidas no presente estudo foram utilizadas em estudos anteriores de análise de implantação do PCT (Natal et al., 2004; Oliveira, 2007).

O desconhecimento a respeito da qualidade das estruturas e dos processos segundo os quais se desenvolvem as ações específicas de vigilância e controle da tuberculose nas unidades prisionais, bem como dos seus resultados, justifica uma avaliação de caráter normativo, destinada a analisar como estão sendo implantadas as ações do PCT junto às populações carcerárias, que fatores influenciam esta implantação e quais os resultados alcançados pelo programa.

Melhorar o controle da tuberculose nas prisões beneficia a comunidade em geral, visto que as prisões podem contribuir para o aumento ou manutenção da doença no território onde se encontram, através dos profissionais que nela atuam, dos visitantes e dos ex-detentos inadequadamente tratados (WHO, 2013b).

Este estudo pode ser relevante como uma demonstração da teoria do programa e como teste de um modelo de avaliação, contribuindo, pela possível reprodutibilidade em outras localidades, para o planejamento, redefinição de prioridades e redirecionamento das ações de controle da tuberculose no sistema prisional (Frias, Lira e Hartz, 2005).

A metodologia escolhida foi a da análise de implantação (Denis e Champagne, 1997), por tratar-se o PCT no sistema prisional de uma intervenção que dispõe de componentes estabelecidos, sendo necessário avaliar o que do previsto está sendo fornecido, ou seja, compreender o que acontece concretamente em campo.

O presente trabalho pretendeu atingir os objetivos formativo e fundamental (Contandriopoulos et al., 1997), fornecendo informações para a tomada de decisões que possam melhorar a intervenção e contribuindo para o avanço dos conhecimentos empíricos e teóricos sobre o programa (Champagne et al., 2011b). Para o primeiro objetivo, tentou-se criar condições para o desenvolvimento de um estudo que envolvesse as necessidades apontadas pelos usuários da avaliação, com sua participação no processo e julgamento crítico. Para o segundo objetivo, busca-se a disseminação e a discussão dos achados em diversos meios de comunicação. A aproximação com os gestores e profissionais atuantes no programa (*stakeholders*), com o incentivo à sua participação no planejamento e desenho da avaliação, teve como fim desenvolver um estudo em que os resultados pudessem contribuir como subsídios para a melhoria do programa.

A intervenção, objeto deste estudo, é entendida como um sistema organizado de ação que visa modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática (Champagne et al., 2011b)..

Pressuposto do estudo:

As ações de controle da tuberculose no sistema penitenciário brasileiro, mesmo que em conformidade com normas nacionais, quando organizadas de formas distintas em cada estado, apresentam diferentes processos de trabalho e influenciam nos resultados das ações de saúde implantadas.

2 – OBJETIVOS E PERGUNTAS AVALIATIVAS

2.1 - GERAL: Avaliar a implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em unidades prisionais de dois estados brasileiros com diferentes formas de organização.

2.2 - ESPECÍFICOS:

- Descrever a organização do PCT no sistema penitenciário dos 2 estados estudados;
- Determinar o grau de implantação do PCT nas unidades prisionais selecionadas;
- Identificar os fatores contextuais que influenciam o grau de implantação; e
- Analisar a influência do grau de implantação nos efeitos alcançados.

2.3 – PERGUNTAS AVALIATIVAS

- Qual é o grau de implantação do PCT no Sistema Penitenciário?
- A dimensão externa e a dimensão político-organizacional influenciam a implantação do PCT no Sistema Penitenciário? Como?
- O grau de implantação do programa influencia os efeitos encontrados? De que forma?

3 - DIRETRIZES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL

As normas e recomendações para o controle da tuberculose no sistema carcerário estão presentes nas publicações do CDC (2006), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2008), da United States Agency for International Development and Tuberculosis Coalition for Technical Assistance - USAID, TB/CTA (Dara et al., 2009) e da OMS (WHO, 2007). No Brasil, a legislação em saúde penitenciária, o PNSSP de 2003 e o manual do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) de 2010 (Brasil, 2010d) estabelecem as recomendações. O Quadro I apresenta as principais diretrizes internacionais e nacionais.

As recomendações do CDC (2006) para prevenção e controle da tuberculose nas instituições penitenciárias incluem: o diagnóstico precoce por ocasião do ingresso do detento na unidade prisional, o acompanhamento e o exame periódico, o tratamento da tuberculose ativa ou da latente, o uso apropriado de precauções para aerossóis (o isolamento dos casos pulmonares bacilíferos, uso de máscara N-95 pelos profissionais e uso de máscara cirúrgica pelo doente em caso de transporte), o planejamento detalhado para a libertação e a investigação meticulosa e eficiente dos contatos. Essas normas não diferem do que determina a OMS (WHO, 2007), que recomenda a estratégia DOTS e a busca de casos, com prioridade para a detecção de casos bacilíferos.

São preconizadas pelas OMS e OPAS (2008) a detecção passiva a partir da demanda espontânea e a detecção ativa de casos. Na primeira, o prisioneiro percebe sintomas gerais ou respiratórios e procura o serviço de saúde. Nesta estratégia, pressupõe-se a valorização dos sintomas pelo indivíduo, seu acesso ao serviço de saúde e a suspeição dos profissionais de saúde em relação à TB. Na detecção ativa, faz-se primeiramente o rastreamento e em seguida o diagnóstico. Consiste no exame para detecção do sintomático respiratório ou o exame radiológico sistemático de todos os indivíduos de uma população, seja no momento da admissão ou no decorrer do encarceramento, visando identificar aqueles com maior probabilidade de estarem doentes, que serão então submetidos a testes bacteriológicos diagnósticos (OPAS, 2008).

Quadro I – Diretrizes para o controle da tuberculose no sistema prisional

Diretrizes Internacionais (WHO, 2007; CDC, 2006; OPAS, 2008; USAID, 2009)	Diretrizes Nacionais		
	PNSSP (2003)	Legislação	PNCT (2010)
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico precoce no ingresso no sistema prisional (clínico, laboratorial e radiológico) - Oferta de teste anti-HIV - Busca de casos (deteção passiva e ativa) - Investigação dos contatos 	<ul style="list-style-type: none"> - Detecção de casos entre os Sint. Resp. - Baciloscopia diagnóstica - Raio X quando necessário - Exame dos contatos 	<ul style="list-style-type: none"> - Exame dos ingressos em no máximo 7 dias 	<ul style="list-style-type: none"> - Detecção de casos entre os Sint. Resp. - Busca ativa: no ingresso, periódica e nos contatos - Baciloscopia, cultura e TSA, Teste anti-HIV - RX de tórax em caso de BAAR negativo
<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento dos casos pulmonares bacilíferos - Utilização de máscaras - Exame periódico 		<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento nos primeiros 20 dias de tratamento - Os casos de recidiva após abandono de tratamento e os suspeitos de resistência aos quimioterápicos mantidos em celas especiais pelo risco de disseminação 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento: presos diagnosticados no momento do ingresso, por um período de 15 dias, e para os casos confirmados ou suspeitos de resistência - Uso de máscaras em ambulatórios onde é baixa a renovação do ar
<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento da TB ativa ou da latente - Estratégia DOTS - TDO por profissionais de saúde ou de segurança treinados 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento mensal - médico ou enfermagem - Tratamento de TB ativa (TDO no início) 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento mensal - médico ou enfermagem - TDO - Baciloscopia mensal 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento mensal - TDO por profissionais de saúde exclusivamente - Baciloscopia no 2º, 4º e 6º mês de tratamento
<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento para a liberação - Transferências para unidades com serviço de saúde - Registro dos casos - Documentação para transferências - Monitoramento do desfecho dos casos referenciados 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações educativas - Notificação (SINAN) e registro de informações 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de condições clínicas e informações em prontuário móvel - Comunicação ágil entre UP (transf) - Documento de encaminhamento desde o início do tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Contatos extramuros orientados a buscar unidade de saúde - Documento de encaminhamento desde o início do tratamento - Comunicação da transf. à VE do município

A USAID e a TB/CTA (Dara et al, 2009) recomendam, quando os recursos permitirem, o uso da radiografia como ferramenta de rastreamento, sempre seguida pela baciloscopia para confirmação diagnóstica. De acordo com estas organizações, a radiografia não substitui, no exame dos ingressos, o questionamento de sintomas

que possam indicar uma avaliação adicional. A principal indicação para o exame radiológico, ainda segundo estas organizações, é a baciloscopia negativa nos casos com forte suspeita clínica (Dara et al, 2009).

Aos internos com TB para os quais o isolamento é necessário, deve-se enfatizar, na orientação feita pelos profissionais de saúde e de segurança, que se trata de uma medida preventiva, e não de punição ou castigo (OPAS, 2008).

O TDO é amplamente recomendado por todas as organizações internacionais como forma de monitorar o uso dos fármacos e ajudar a proteger o paciente, caso este seja coagido a entregar seus medicamentos (OMS, 2007; CDC, 2006; OPAS, 2008; USAID/TB/CTA, 2009).

A transferência entre prisões deve ser evitada no caso de pacientes ainda bacilíferos, segundo a OMS (WHO, 2000), e só efetuada para prisões onde haja serviços de saúde em condições de assegurar o tratamento e o acompanhamento do paciente. A transferência para outra UP ou para unidade de saúde extrapenitenciária deve ser registrada e documentada, e cópias da documentação fornecidas ao paciente e à unidade de destino. Além disso, os medicamentos devem ser fornecidos em quantidade suficiente para um período de 10 dias, evitando assim a interrupção do tratamento (WHO, 2000).

No Brasil, o controle da tuberculose na população prisional é uma ação de Atenção Básica incluída no PNSSP (Brasil, 2010c). Neste documento, estão relacionadas as atividades de busca, notificação e registro dos casos; o diagnóstico laboratorial e radiológico; o acompanhamento e tratamento inicial supervisionado; o exame dos contatos; e as ações educativas. O PNSSP (Brasil, 2010c) recomenda que a busca dos casos deve ter início no momento do ingresso. A Resolução nº 11 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) de 07/12/2006 (Brasil, 2010e) determina que a avaliação clínica e radiográfica do sentenciado deve ter lugar em no máximo sete dias após a sua entrada no sistema prisional, independentemente da existência de sintomas. Para tanto, o número de unidades através das quais se dá o ingresso do detento no sistema prisional deveria ser limitado ao menor possível, de forma a otimizar os recursos humanos e materiais para a avaliação de saúde.

Em 2010, o PNCT publicou o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (Brasil, 2010d) que contém um capítulo dedicado a “Populações Especiais”, entre elas a PPL. O Manual destaca que deve se deve

priorizar a detecção de casos bacilíferos no ambiente prisional, identificados a partir da persistência de tosse por mais de duas semanas. Recomenda a comprovação bacteriológica dos casos, sendo todos submetidos à baciloscopia de escarro, cultura para BK e teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA) e, em caso de negatividade à baciloscopia, à radiografia de tórax. O manual considera também que a PPL e os agentes de segurança penitenciária (ASP) devem ser sensibilizados para a identificação precoce dos casos, tomando a tosse como o principal sintoma. A busca ativa dos casos, de acordo com o manual (Brasil, 2010d), deve ser realizada no momento do ingresso, periodicamente e nos contatos, associando estratégias de informação, educação e comunicação sobre a TB e a infecção pelo HIV. A busca ativa periódica de casos de TB na população já encarcerada deve ser feita ao menos uma vez por ano, de modo a examinar toda a PPL de uma determinada unidade prisional num curto período de tempo. Todos os internos de uma mesma cela ou galeria devem ser considerados como contatos e é necessário que sejam avaliados (Brasil, 2010d). Indica-se a baciloscopia de escarro para todos os contatos que tiverem expectoração, independente da duração da tosse, dada a alta incidência da doença nessa população. Se possível, deve-se realizar também o exame radiológico do tórax. Os serviços de saúde das UP devem ter acesso aos exames laboratoriais (baciloscopia, cultura e TSA), com garantia de resultado do exame baciloscópico em 24 h. Os familiares das pessoas privadas de liberdade com TB ativa devem ser orientados a procurar serviço de saúde extramuros para a caracterização do contato e realização dos exames necessários (Brasil, 2010d).

Com relação ao isolamento dos casos diagnosticados, a Resolução nº 11/2006 (Brasil, 2010e) recomenda que seja feito nos primeiros vinte dias de tratamento, enquanto que o PNCT (Brasil, 2010d) só o indica para os presos diagnosticados no momento do ingresso, por um período de quinze dias, e para os casos em que haja resistência confirmada ou suspeita. A recomendação de tratamento diretamente observado (TDO) por profissional de saúde é consensual entre os dois documentos. Para o acompanhamento dos casos diagnosticados, a Resolução nº 11/2006 (Brasil, 2010e) estabelece que a consulta médica ou de enfermagem e a baciloscopia de escarro devem ter periodicidade mensal. Recomenda que os casos de recidiva após abandono de tratamento e os casos suspeitos de resistência aos quimioterápicos deverão ser mantidos em celas especiais pelo risco de disseminação com formas resistentes. O PNCT (Brasil, 2010d) indica a baciloscopia nos 2º, 4º e 6º meses de

tratamento e o acompanhamento mensal, mas não menciona o profissional responsável por este.

Quanto ao registro das condições clínicas e de saúde dos encarcerados, a Resolução CNPCP nº 07 de 14/04/2003 (Brasil, 2010f) determina que ele deve ser feito em um prontuário que acompanhará o preso em suas transferências e que será mantido sob a responsabilidade do serviço de saúde penitenciária, que garantirá o seu sigilo. Um sistema de comunicação ágil entre os serviços de saúde das diferentes unidades prisionais deve estar assegurado, como recomenda o PNCT (Brasil, 2010d), visto que são frequentes as transferências dos detentos. O paciente em tratamento deve ser transferido para uma UP em que ações de controle da tuberculose estejam implantadas. O serviço de saúde da UP receptora deverá avaliar o paciente nos sete primeiros dias após o seu ingresso, para dar continuidade ao tratamento (Brasil, 2010d). Para garantir que a informação sobre o diagnóstico e tratamento do sentenciado com tuberculose esteja disponível em casos de transferência ou livramento, a Resolução CNPCP nº 11/2006 (Brasil, 2010e) especifica que a esses detentos deverá ser fornecido, por ocasião do diagnóstico, um documento em que conste o diagnóstico, os resultados da baciloscopia de escarro e da radiografia, assim como o tratamento preconizado, a data do seu início e a previsão do término. Essa mesma resolução determina que todos os casos de tuberculose e/ou HIV identificados deverão ser notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em formulário próprio.

O PNCT (Brasil, 2010d) reconhece que a continuidade do tratamento após o livramento é um grande desafio. Recomenda que, além do documento de encaminhamento, seja feita a comunicação à vigilância epidemiológica do município. Dara et al. (2009) acrescentam a esta recomendação um acompanhamento da transição do egresso para a comunidade, e também o monitoramento e registro do desfecho dos tratamentos dos casos referenciados. A equipe de saúde da prisão deve ser notificada sobre a previsão de saída do detento assim que essa informação estiver disponível, para que o encaminhamento seja garantido. Os mesmos autores lembram que o registro regular dos casos diagnosticados, dos exames realizados e dos resultados do tratamento são imprescindíveis para o monitoramento do desempenho do programa.

As principais diferenças entre as diretrizes internacionais e nacionais apresentadas podem resultar do fato de que a recomendação de um elenco mínimo de ações de

saúde no sistema prisional brasileiro e a obrigatoriedade de um ambulatório de saúde equipado para as ações de atenção básica nas unidades prisionais são relativamente recentes. Desta forma, as normas relativas à busca e ao acompanhamento dos casos, e ao isolamento dos casos bacilíferos apresentam algumas diferenças, conforme as instituições envolvidas. A busca ativa não aparece nos documentos do sistema penitenciário brasileiro, mas é destacada no manual do PNCT. O isolamento está previsto em diferentes situações e por períodos diversos, nos vários documentos. Já o TDO, recomendado por todas as instituições, pode ser realizado por profissional de segurança treinado, de acordo com as diretrizes internacionais. No Brasil cabe exclusivamente ao profissional de saúde (Brasil, 2010d). O planejamento para a transferência entre prisões e para a libertação ainda não está normatizado detalhadamente no sistema penitenciário do país.

Outra diferença importante entre as normas é a de que não há indicação de tratamento indiscriminado para tuberculose latente no país, em virtude do grande número de infectados, o que se aplica também à população carcerária.

As diretrizes nacionais carecem ainda de avanços no sentido de uniformizar as recomendações das ações do programa e na ampliação das diretrizes relativas aos registros, documentos e comunicação para os casos referenciados, bem como para o monitoramento dos desfechos.

4 – AVALIAÇÃO COM ENFOQUE NA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO

A análise da implantação consiste em especificar o conjunto dos fatores que influenciam as mudanças obtidas após a introdução de uma intervenção. Busca discriminar a contribuição dos componentes verdadeiramente implantados do programa (grau de implantação) para a produção dos efeitos (Denis & Champagne, 1997).

Para Champagne e Contandriopoulos (2005), que compreendem o sistema de saúde como parte de um sistema de ação social, a conformação do sistema de saúde seria resultante da interação entre as estruturas físicas particulares (unidades de saúde, espaço físico, dispositivos tecnológicos, recursos humanos, etc.), uma estrutura organizacional (políticas de saúde, leis, regulamentos, convenções e regras de gestão) e uma estrutura simbólica específica (representações de saúde e doença, convicções e valores coletivos). Os atores (gestores e profissionais) organizam os processos através dos quais os recursos do sistema são mobilizados e utilizados para produzir os bens e serviços necessários para alcançar as metas almejadas. Suas práticas são influenciadas pela estrutura do sistema (Champagne e Contandriopoulos, 2010)

Minayo (2005) destaca que uma avaliação de programas deve ser útil, delimitando os fatores favoráveis ao êxito do programa e ao alcance de suas metas, bem como os fatores limitadores. A pactuação de perguntas avaliativas com os sujeitos diretamente vinculados à intervenção que está sendo avaliada deve ser feita de antemão, de forma a propiciar uma avaliação útil, que busque relacionar os contextos organizacional, cultural, econômico e sociodemográfico com a implantação do programa e sua influência nos efeitos alcançados (Cruz, 2011). Esta autora considera que na análise dos contextos há aspectos relacionados à intervenção e às instituições envolvidas que contribuem para o sucesso da intervenção (facilidades), ou que dificultam a execução das atividades e o alcance das metas (barreiras), e que há, ainda, externalidades, fora da governabilidade dos atores envolvidos na intervenção, que influenciam também a execução das atividades.

Um dos principais objetivos da avaliação é o de dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde através da identificação de problemas e da reorientação das ações e dos serviços desenvolvidos (Oliveira *et al*, 2010). Recomenda-se que os processos de construção e definição de critérios e padrões

de julgamento priorizem métodos participativos, com a incorporação dos atores interessados na construção de um modelo de avaliação integrado, como forma de estimular a utilização dos achados da pesquisa (Oliveira, 2010). Vieira da Silva (2005) lembra que, apesar dos avanços, ainda é incipiente a incorporação, pelos gestores e profissionais de saúde, do conhecimento produzido nestas avaliações e que deve dar-se especial atenção à sua participação no processo de avaliação. Diversos são os fatores que influenciam o uso das informações da avaliação: a relevância da avaliação para as pessoas que tomam decisões, a credibilidade do avaliador, o contexto político, o envolvimento dos possíveis usuários da avaliação, a qualidade técnica do estudo, e até as características pessoais dos que tomam as decisões, entre outros (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004). De acordo com Hartz, Santos e Matida (2008), a análise produzida na avaliação deve fazer sentido na perspectiva de todos os envolvidos e seu uso deve ser facilitado pelos avaliadores. Na tipologia da análise de implantação, Champagne et al. (2011) destacam, entre outras, a análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção e a análise da influência da variação do grau de implantação sobre os efeitos observados. O primeiro tipo visa a explicar as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implantada, analisando a influência dos determinantes contextuais. A qualidade das atividades realizadas, ou seja, o respeito às normas em termos de estrutura e de processos, constitui o critério de adequação relacionado à integralidade da implantação. O segundo tipo visa a ressaltar os componentes das intervenções que facilitam a obtenção dos efeitos almejados. Nesta abordagem, podem ser definidos componentes essenciais e secundários, e aqueles que mais provavelmente redundarão em melhorias. Os autores relacionam, ainda, a análise da influência da interação entre os diversos fatores que compõem o contexto da implantação e a intervenção propriamente dita sobre os resultados observados. Consideram que esta interação pode ser sinérgica ou antagônica no que se refere à produção dos efeitos. Além dos aspectos programáticos e técnicos, outras interações se apresentam no contexto histórico e social em que os sujeitos participantes das práticas de saúde estão inseridos. As particularidades de grupos distintos que por vezes ocupam diferentes lugares sociais podem influenciar os efeitos das ações de saúde, o que mostra a complexidade do contexto de implantação de um programa (Santos e Natal, 2005, Morin, 2005).

O estudo de caso é uma das estratégias de pesquisa que permite analisar a implantação de uma intervenção. Essa opção metodológica possibilita, com base na multiplicidade de métodos de coleta de dados (quantitativos e qualitativos) e no relato de diversos atores, uma análise aprofundada de um fenômeno desenvolvido em um contexto real (Yin, 2005). O estudo de casos múltiplos permite examinar como um programa se desenvolve em diferentes contextos (Stake, 2006). A flexibilidade do método torna possível a descrição adequada das diversas particularidades de um programa.

5 – MÉTODOS

Para avaliar o Programa de Controle da Tuberculose no Sistema Penitenciário de dois estados no Brasil, procedeu-se a uma análise de implantação de caráter normativo. A pesquisa desenvolveu-se em duas etapas, um estudo de avaliabilidade e um estudo de casos múltiplos, cujos resultados são apresentados em três artigos. O PCT é compreendido neste estudo como a representação de um conjunto de diretrizes e ações de saúde normatizadas, com o objetivo de reduzir ou eliminar um problema.

5.1 – ESTUDO DE AVALIABILIDADE

As estratégias utilizadas para desenvolver uma avaliação envolvem inicialmente o estudo de avaliabilidade, cujos objetivos são verificar a viabilidade operacional e metodológica da pesquisa, preparar um ambiente favorável para a avaliação e aumentar as possibilidades de utilização dos seus resultados (Worthen et al., 2004). O estudo de avaliabilidade permite um entendimento aprofundado sobre o objeto da pesquisa e uma apreciação prévia das possibilidades de sua avaliação (Thurston e Ramaliu, 2005). Como se recomenda para esta etapa, foram realizadas entrevistas com especialistas em controle de TB prisional, gestores do programa e diretores de unidades de saúde prisional. Foi feita a análise de documentos e manuais técnicos do programa, legislação de saúde no sistema penitenciário, teses e artigos publicados. Foram também visitadas as unidades prisionais para observação da implantação do programa e promovidas discussões com os futuros usuários do estudo, visando obter consenso quanto ao modelo ou teoria do programa e quanto aos usos potenciais da avaliação.

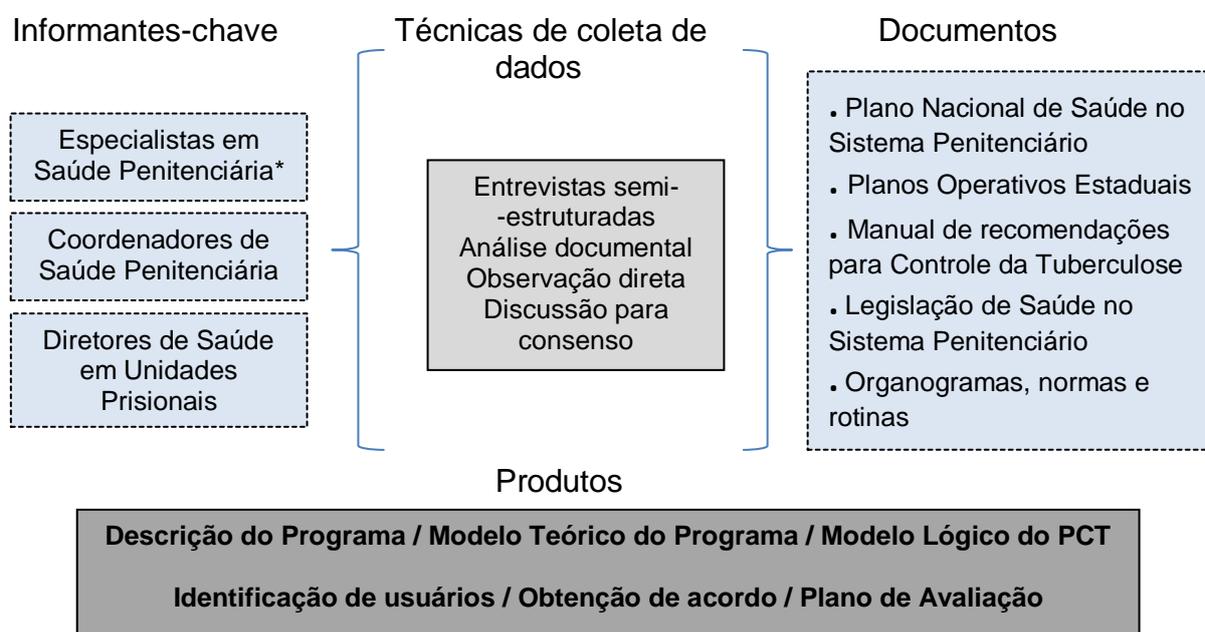
No estudo de avaliabilidade do PCT em UP, a estratégia de operacionalização foi o sistema descrito por Thurston e Ramaliu (2005), que inclui 7 elementos: (a) a delimitação do programa por identificação das suas metas, objetivos e atividades; (b) a revisão dos documentos; (c) a modelagem dos recursos disponíveis, das atividades pretendidas, dos efeitos esperados e das conexões causais presumidas; (d) a supervisão do programa, ou a obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera; (e) o desenvolvimento de um modelo de programa avaliável; (f) a identificação dos usuários da avaliação e de outros envolvidos; e (g) a obtenção de um acordo quanto ao procedimento da avaliação. Thurston e Ramaliu

(2005) apontam como produtos de um estudo como este a descrição abrangente do programa, a elaboração de questões-chave a serem respondidas e a concepção de um plano de avaliação. Ressaltam que esses produtos devem ter a participação e a concordância dos avaliadores e dos possíveis usuários das informações geradas pela avaliação.

O uso das avaliações em saúde podem ser feitos de diversas formas. Entre elas, Hartz, Santos e Matida (2008) relacionam o uso instrumental, em que os decisores utilizariam os resultados que respondessem às suas necessidades; o político ou simbólico, em que os achados serviriam para apoiar posições políticas; e o conceitual, em que a produção e a difusão do conhecimento podem influenciar tomadores de decisão. Como afirmam estes autores, os modelos de uso apresentados podem ocorrer simultaneamente para os achados de um estudo.

A Figura I apresenta de forma sintética o desenho do estudo de avaliabilidade.

Figura I - Estrutura do Estudo de Avaliabilidade



* Pesquisadores nesta área, com trabalhos publicados

Os produtos desta etapa do estudo são apresentados no **artigo 1**: “O Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros”.

5.2 – ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

A segunda etapa corresponde a um estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados, utilizando os modelos desenvolvidos no estudo de avaliabilidade, com abordagem qualitativa. Os níveis de análise foram: a dimensão externa, a dimensão político-organizacional, a implantação do programa e os efeitos alcançados.

Gois et al. (2012) encontraram, nas produções científicas sobre saúde penitenciária, uma predominância da abordagem quantitativa focada na identificação do perfil sociodemográfico e das condições de saúde dos encarcerados. A abrangência do problema descrito por pesquisas anteriores – a situação da tuberculose atrás das grades – foi o ponto de partida para o desenvolvimento deste estudo com abordagem qualitativa.

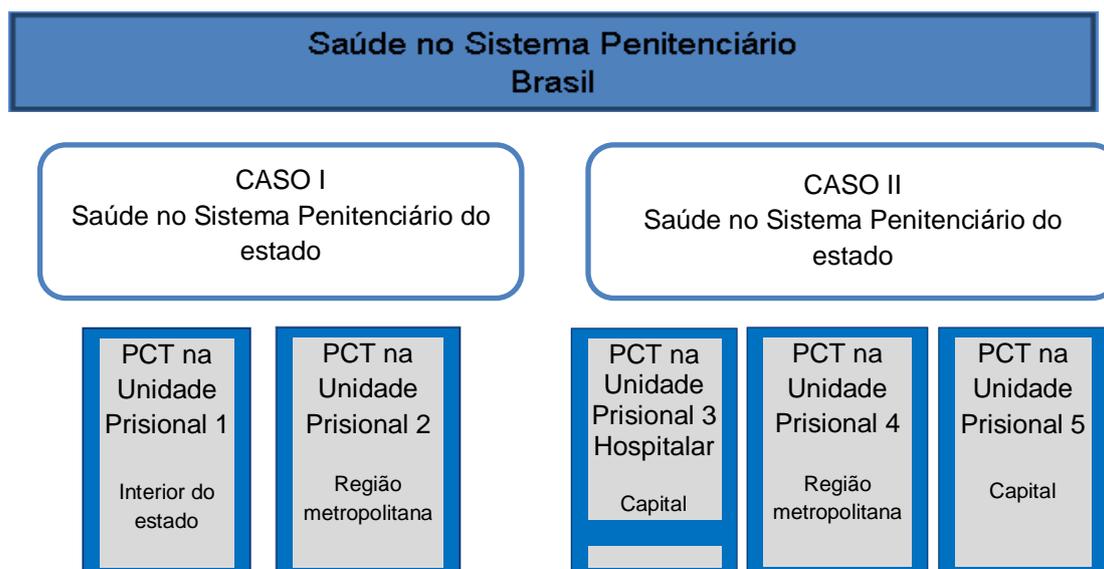
Outros aspectos metodológicos para esta etapa, são apresentados abaixo.

5.2.1 - SELEÇÃO DE CASOS

De acordo com Stake (2006), os principais critérios para a seleção de casos incluem sua relevância e representatividade para o grupo no qual se incluem, a diversidade entre os contextos e as boas oportunidades para aprender acerca da complexidade e dos contextos. Os critérios para a seleção dos casos incluíram: contar com programa formal de controle da TB implantado, com tratamento ambulatorial e/ou hospitalar próprios; realizar o diagnóstico laboratorial; ter um grande número de casos novos de TB registrados; ter um grande número de detentos. Como unidades de análise foram consideradas somente as unidades prisionais com detentos do sexo masculino, gênero com maior prevalência de TB e em maior número no sistema carcerário.

Foram selecionados como casos os Programas de Controle da Tuberculose no Sistema Penitenciário de dois estados da região Sudeste do Brasil, sendo as cinco unidades de análise constituídas por duas Unidades Prisionais em cada um dos estados e por uma Unidade Prisional hospitalar em um deles (Figura II).

Figura II – Delimitação dos Casos e Unidades de Análise



Os casos selecionados tinham ambos uma alta taxa de incidência de tuberculose, maior no Caso 2, e contavam com serviços de saúde que executavam as ações de controle da tuberculose. Os estados tinham grande número de presidiários, sendo maior no Caso 1. A definição das unidades de análise (UA) contou com a participação dos gestores, visto que foram consideradas também as questões de segurança e a facilidade para obtenção dos dados. No Caso 1, as duas unidades definidas foram: uma no interior do estado, considerada um bom modelo de atendimento aos casos de TB, com regimes fechado e semiaberto, e uma na região metropolitana, que passava na época por dificuldades operacionais na execução das ações de saúde, com regime fechado. Ambas tinham grande número de sentenciados e de casos de TB. A decisão de incluir unidades de análise que, a princípio, apresentavam diferenças na qualidade da atenção, foi uma demanda da Coordenadoria de Saúde Penitenciária do Caso 1, com o objetivo de identificar fatores que pudessem explicar essas diferenças. No Caso 2, foram definidas três unidades de análise: uma unidade prisional na capital do estado, com regime fechado e grande número de internos; uma na região metropolitana, que incluía regime semiaberto e era considerada uma “porta de saída” do sistema e também uma unidade hospitalar específica para o tratamento dos detentos com tuberculose. As unidades prisionais do Caso 2 eram diferentes no tamanho e regime de reclusão, mas na seleção não foram consideradas supostas diferenças na qualidade ou

resultados das ações, visto que, segundo a Coordenação de Saúde Penitenciária, não havia diferenças entre as unidades prisionais com relação às ações do programa, uma vez que os pacientes eram acompanhados por equipe externa em todas as unidades da região metropolitana. As características particulares do Caso 2, com a centralização do diagnóstico, do início de tratamento e do registro dos casos no hospital penal, obrigaram a inclusão do hospital como uma terceira UA para que se pudesse compreender como o programa estava implantado no sistema prisional desse estado.

5.2.2 - COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos através de fontes primárias e secundárias no período de dezembro de 2010 a junho de 2012.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas e de observação direta. Os informantes selecionados foram os coordenadores de saúde do sistema penitenciário, os profissionais de saúde das unidades de análise, os agentes de segurança e os detentos em tratamento para tuberculose. Os critérios de inclusão para os informantes a serem entrevistados foram: ambos os sexos e maiores de 18 anos que concordassem em participar do estudo.

Foram elaborados roteiros de entrevistas semiestruturadas para cada tipo de informante (Anexo I). Os entrevistados foram abordados após contato prévio com a direção das UP. As entrevistas com os servidores foram agendadas conforme o horário de trabalho, previamente verificado. Os detentos foram entrevistados em horário determinado pela direção do presídio e de acordo com as condições verificadas diariamente pelo chefe de segurança. Os entrevistadores foram a autora deste estudo e um pesquisador capacitado, com experiência em pesquisa, que realizaram visitas às unidades conjuntamente, e entrevistaram, em salas separadas, os participantes do programa.

Nos dois casos estudados, os gestores entrevistados foram definidos pela coordenação de saúde penitenciária como sendo os elementos da coordenação que melhor pudessem informar a respeito da organização e funcionamento do programa no sistema prisional. Foram entrevistados todos os profissionais de saúde das unidades de análise (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social e dentista) excluindo-se apenas aqueles que estavam ausentes no período de coleta de dados ou os que se recusaram a participar da pesquisa.

Todos os agentes de segurança que prestavam serviços mais diretamente ligados à unidade de saúde foram abordados. A solicitação e seleção dos agentes penitenciários a serem entrevistados foram feitas em conjunto com o chefe de segurança ou com o diretor da unidade prisional ou seu representante, condicionada a entrevista ao consentimento dos profissionais.

Foram entrevistados todos os detentos em tratamento para tuberculose, com exceção dos que se recusaram. Na unidade de análise 2 (UA2), devido ao grande número de casos de TB, as entrevistas foram encerradas a partir do momento em que as respostas se tornaram repetitivas, sugerindo saturação.

O Quadro II apresenta o número de entrevistas realizadas.

Quadro II – Número de entrevistas

CASO	CASO 1		CASO 2			TOTAL
Gestores	03*		01**			04
Unidade de Análise	UA1	UA2	UA3	UA4	UA5	--
Diretor da Unidade de Saúde Prisional	01	01	01	--	--	03
Profissionais de saúde	09	05	12	07	04	37
Agentes de segurança	03	02	03	02	04	14
Encarcerados	08	11	08	04	11	42
Total	21	19	24	13	19	100

* Diretor de Ações em Saúde; Responsável pelo Setor Financeiro; e Responsável pelo Núcleo de Farmácia da Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária

** Responsável pela coordenação do PCT no Sistema Prisional do estado

As entrevistas com os gestores e diretores tiveram a duração de 100 a 120 minutos; com os profissionais de saúde, de 15 a 98 minutos; com os agentes de segurança, de 7 a 27 minutos; e com os internos, de 6 a 24 minutos. Ressalte-se que os instrumentos de coleta utilizados para os internos e agentes de segurança foram elaborados em formatos menores, a fim de evitar a permanência demorada destes nas unidades de saúde, em cumprimento às normas de segurança das unidades prisionais.

A observação direta foi desenvolvida em visitas autorizadas às unidades prisionais, sendo os registros feitos no caderno de campo, mediante a utilização de um roteiro previamente elaborado (Anexo II). As 19 visitas feitas às unidades prisionais foram: sete no Caso 1, sendo quatro na UA1 e três na UA2; e 12 no Caso 2, sendo cinco na UA3, quatro na UA4 e três na UA5. Em todas as visitas, a observação e a coleta

de dados processou-se apenas nas unidades de saúde e na área administrativa das penitenciárias. A visita à área dos alojamentos dos internos foi permitida apenas nas UA3 e 5.

As visitas às unidades prisionais exigiram procedimentos de revista e períodos de espera, na recepção, até que fosse feita a comunicação com os responsáveis e obtida a autorização para a entrada e coleta de dados. Esse tempo de espera variou de 15 minutos a cerca de 2 horas. Em duas ocasiões não foi possível a entrada, sendo agendado o retorno para um outro dia. As visitas eram agendadas previamente, por telefone. No Caso 1, o contato era feito com a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, que comunicava-se com a unidade prisional a ser visitada. A diretora de ações de saúde da referida coordenadoria ou a chefe do núcleo regional de saúde acompanhava a pesquisadora no primeiro dia de visita para a devida apresentação aos gerentes de saúde da unidade. Nos demais dias, a entrada na unidade era autorizada pelo gerente de saúde. No Caso 2, os contatos eram feitos diretamente com os diretores das unidades prisionais (UA3 e UA4) ou chefe de segurança (UA5) para cada dia de visita. Como a entrada na unidade era autorizada somente por eles, a demora podia ser maior em decorrência de estarem ausentes ou em outras atividades. No Caso 1 a revista era mais rigorosa, passando os entrevistadores por detectores de metal e verificação dos pertences, ficando a maioria destes em armário na portaria da unidade. No Caso 2 era exigida somente a entrega de telefones móveis e apenas uma vez houve a verificação dos pertences. Os dados secundários foram coletados dos documentos e normas técnicas do programa, da legislação relativa à saúde penitenciária, de relatórios, livros de registro, prontuários, e do SINAN-TB nacional. Os prontuários dos sentenciados foram utilizados para levantar a história de agravos, condutas, procedimentos, medicamentos e ocorrências/eventos, mediante a utilização de um roteiro estruturado, previamente elaborado (Anexo III). Foram analisados 39 prontuários de casos encerrados de tuberculose, visto que, na maior parte das vezes, o prontuário já não se encontrava mais na UP, em virtude da transferência ou libertação do sentenciado. No Caso 1 foram analisados 17 prontuários da UA1 e 04 da UA2; no Caso 2 foram analisados 12 da UA3, 03 da UA4 e 03 da UA5. Em geral há poucos prontuários de pacientes cujo tratamento terminou, em razão da grande mobilidade entre as penitenciárias. A única exceção está na UA3, hospitalar, cujo arquivo

concentra os prontuários dos casos de TB de todas as unidades prisionais da região metropolitana..

No Caso 1, os internos possuem prontuários móveis que os acompanham por ocasião de transferências entre unidades prisionais. No Caso 2, o interno tem, além do prontuário móvel, um prontuário específico, caso seja diagnosticada a tuberculose. Este último fica arquivado no hospital penitenciário, e não acompanha o detento pelas unidades prisionais para onde é encaminhado.

Finalmente, dados oficiais dos Ministérios da Justiça, do Desenvolvimento Social e da Saúde foram levantados para descrever o perfil das instituições e os contextos das unidades prisionais estudadas, e para subsidiar a discussão e a interpretação dos resultados.

O Quadro III apresenta os tipos de coleta e as fontes dos dados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Quadro III: Objetivos Específicos, Tipos de Coleta e Fonte de Dados

Objetivos Específicos	Coleta e Fonte de dados
Descrever a organização do PCT no sistema penitenciário dos dois estados estudados.	Pesquisa e análise documental. Entrevistas semiestruturadas com gestores e especialistas.
Determinar o grau de implantação do PCT nas unidades prisionais selecionadas.	Entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais de saúde, agentes de segurança e detentos em tratamento para tuberculose. Observação direta das atividades do programa. Revisão de prontuários. Análise de documentos, normas e registros das unidades de saúde.
Identificar os fatores contextuais que influenciam o grau de implantação.	Pesquisa e análise documental. Entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde.
Analisar a influência do grau de implantação nos efeitos alcançados.	Entrevista com detentos em tratamento para tuberculose. Pesquisa no sistema de informação em saúde (SINAN-TB).

Todos os roteiros de coleta de dados utilizados neste estudo foram testados na primeira unidade prisional visitada, com o fim de avaliar a sua adequação e inteligibilidade. Como não foram necessárias alterações, os dados coletados foram tidos como válidos e utilizados no estudo, e esta unidade prisional foi considerada como a UA1. Segundo Souza et al. (2005), um roteiro de investigação qualitativa pode ser modificado durante o processo interativo em campo, o que, de acordo com os autores, não deve causar preocupações, já que neste tipo de abordagem não se

quantificam respostas, buscando o ponto de vista dos entrevistados a respeito dos temas em questão, ou seja, a unidade de significação se constrói por significados que conformam a lógica própria do grupo e não pela soma das respostas de cada indivíduo.

5.2.3 - MODELO LÓGICO DO PROGRAMA (MLP)

A Figura III apresenta o Modelo Lógico do PCT no Sistema Prisional, elaborado a partir da análise de documentos, observação direta da execução do programa e entrevistas com gestores e especialistas. Foram considerados os recursos disponíveis, as atividades pretendidas e os efeitos esperados. O MLP caracteriza a lógica e a racionalidade da intervenção.

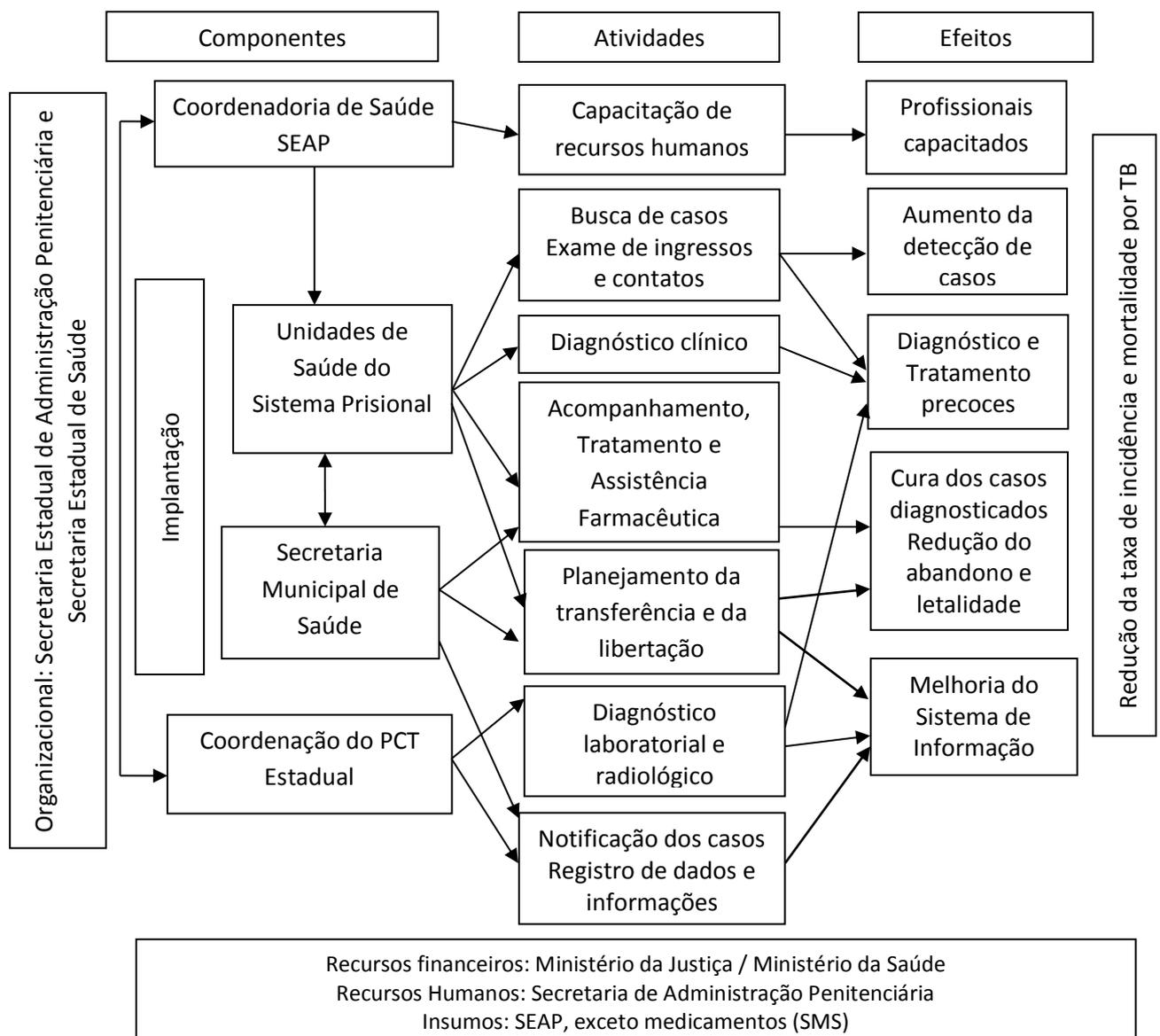
No sistema prisional, o PCT é gerenciado pela Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (SEAP) e pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de cada estado, que devem estar integradas para sua implantação. O financiamento do programa é compartilhado pelos órgãos da Justiça e da Saúde nos níveis federal e estaduais. Cabe à Justiça ou à Administração Penitenciária do estado o provimento de recursos físicos, humanos e materiais para que as ações de saúde sejam executadas. No nível local, cabe à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dos municípios onde estão localizadas as UP o apoio aos exames complementares e ações de maior complexidade, bem como o atendimento hospitalar para os apenados. As ações executadas pela unidade de saúde da UP são as de atenção primária à saúde, como: busca, diagnóstico, acompanhamento, tratamento e notificação dos casos. Os efeitos esperados são o aumento da detecção de casos, o diagnóstico e o tratamento precoces e, entre os casos tratados, o aumento dos percentuais de cura e a redução dos de abandono de tratamento. O modelo apresenta como impacto a redução da incidência e da mortalidade por TB dentro dos presídios.

Figura III: Modelo Lógico do PCT no Sistema Penitenciário

Problema: A manutenção das altas taxas de incidência e prevalência de tuberculose na população prisional brasileira.

Objetivo da intervenção: Implantar as ações de controle da tuberculose nas unidades prisionais brasileiras, contemplando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento oportunos e com qualidade, de forma a reduzir o número de casos nas prisões.

Pressuposto: A implantação do PCT como normatizado leva ao aumento da detecção e da cura dos casos, bem como à redução do abandono do tratamento e da letalidade.



5.2.4 - ANÁLISE DOS DADOS

Para a descrição das características do processo de implantação do programa foram utilizados os dados quantitativos e qualitativos oriundos das diversas fontes de evidências e os métodos de coleta apresentados acima. Procedeu-se a uma análise descritiva com triangulação dos dados primários e secundários.

Os dados qualitativos foram objeto de uma análise de conteúdo (Bardin, 2011), tendo como eixo condutor as categorias (subdimensões) pré-definidas na matriz de análise e julgamento (Quadro IV). A escolha das categorias, bem como dos critérios para padronizar a pontuação, baseou-se nas diretrizes para o controle da tuberculose no sistema penitenciário. Na categoria acesso foram considerados a disponibilidade de recursos e sua relação com a necessidade da clientela; a acessibilidade, que abrange a localização dos serviços e a necessidade de transporte; e a acomodação, ou seja, o modo como os recursos são organizados para atender os usuários (Penchansky e Thomas, 1981). A infraestrutura, considerando a unidade de saúde da UP como uma unidade de Atenção Básica destinada a prestar assistência à saúde de uma população com características particulares, envolveu a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais necessários à execução do programa, bem como a utilização do incentivo financeiro previsto na legislação para as UP com unidades de saúde. A busca de casos consistiu nas ações destinadas à detecção precoce dos casos: abordagem sistemática dos detentos, ações de educação e informação, e investigação de contatos. Na categoria diagnóstico e acompanhamento foram considerados os exames necessários para a confirmação e seguimento dos casos, além da notificação dos casos diagnosticados. A categoria tratamento e assistência farmacêutica teve como enfoque a forma de administração da terapêutica, o fornecimento de fármacos, o registro da evolução do tratamento e as ações de comunicação necessárias à continuidade do tratamento nos casos de transferência ou liberação.

Para a análise de conteúdo, as informações dos documentos, registros, entrevistas transcritas e diário de campo foram decompostas e agregadas de acordo com as categorias estabelecidas no estudo, descritas acima. Os dados extraídos dos prontuários foram inseridos em planilha Excel (Microsoft) e feita a contagem dos itens relacionados às categorias do estudo.

O desenho de estudo de casos múltiplos requer que a análise dos dados seja feita em duas etapas: análise simples e análise imbricada.

A análise simples incluiu os seguintes passos para as entrevistas: exame de todas as respostas em termos da integralidade, qualidade e pertinência da resposta em relação à pergunta; mapeamento das respostas e observações de acordo com as categorias de análise; extração de trechos das respostas e síntese das observações. O ordenamento do material possibilitou a identificação de convergências e divergências entre os informantes nas diferentes categorias. A técnica da análise documental foi adotada para se extrair os registros disponíveis sobre as ações planejadas e executadas, as parcerias estabelecidas, os tipos de apoio e outros dados importantes para o propósito da avaliação.

A análise imbricada dos casos envolveu o exame minucioso das categorias de análise em cada um dos casos estudados, verificando-se o padrão encontrado e a existência de coincidências e divergências entre eles. A proposição teórica para o estudo aprofundado dos casos teve como base os documentos e a literatura científica sobre o tema.

A coleta de dados mediante a utilização do maior número possível de instrumentos e fontes de informação válidas, e a triangulação entre estas, permitiu uma melhor representação do fenômeno estudado e o aumento da validade interna do estudo.

O confronto da configuração empírica dos casos com o quadro teórico fortaleceu a validade externa do estudo. O modelo teórico desenvolvido durante o processo de compreensão das questões da presente pesquisa poderá ser utilizado em outras situações (Frias, Lira e Hartz, 2005).

5.2.5 – DETERMINAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Com a finalidade de determinar o grau de implantação do PCT no sistema prisional em cada Caso, desenvolveu-se uma Matriz de Análise e Julgamento, constituída por indicadores, fontes de evidência, tipos de coleta e as suas respectivas pontuações estimadas em relação à dimensão Implantação, onde ocorre a execução das ações do programa (Quadro IV).

Nesta matriz foi estabelecida a pontuação máxima que a dimensão Implantação pode alcançar, resultante do somatório do grupo de indicadores de cada subdimensão (Σ dos pontos dos indicadores). Para a pontuação estimada foram

consideradas como padrão as metas preconizadas pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, além das considerações dos envolvidos na implantação do projeto.

Após a análise dos dados, determinou-se a pontuação observada para cada indicador. Com o total de pontos em relação aos valores esperado e observado, calcula-se a proporção alcançada por cada indicador: $(\Sigma \text{ pontos observados} / \Sigma \text{ pontos esperados}) * 100$.

O grupo de pesquisa atribuiu o mesmo valor a diferentes categorias, por considerá-las igualmente relevantes e por não existirem estudos anteriores que validassem uma matriz de análise. As categorias utilizadas estão destacadas nos documentos nacionais e internacionais que traçam as diretrizes para o controle da tuberculose e são valorizadas pela legislação brasileira sobre saúde penitenciária. Não foi possível aplicar a técnica de consenso dada a limitada participação neste estudo dos atores envolvidos no programa.

Quadro IV – Matriz de Análise e Julgamento: Grau de Implantação do PCT nas Unidades Prisionais

Dimensão Implantação

CATEGORIA	INDICADOR/CRITÉRIO	FONTES e TIPO DE COLETA	Pont Max Esperada	Pont Observ	Obs / Esp *100
Acesso (10 pontos)	Espera menor que 7 dias para ser encaminhado e atendido na unidade de saúde = 2 pontos. Espera maior = 0 ponto.	Entrevistas: gestores, profissionais de saúde, agentes penitenciários e sentenciados.	2		
	Horário de atendimento: 8 h/dia com presença diária de médico = 2 pontos; 6 a 8 h/dia com presença de médico 2 a 4 vezes/semana=1 ponto; menos de 6 h/dia e/ou presença do médico 1 vez/semana ou inexistente = 0 ponto.	Observação direta. Entrevistas com gestores, profissionais de saúde, agentes penitenciários e sentenciados.	2		
	Atendimento sem agendamento prévio : sempre consegue = 1 ponto; dificilmente ou nunca consegue= 0 ponto.	Entrevistas: gestores, profissionais de saúde, agentes penitenciários e sentenciados.	1		
	Garantia de retorno para o mesmo profissional: sempre= 1 ponto; quase sempre = 0,5 ponto; nunca ou quase nunca = 0 ponto.	Entrevistas: gestores, profissional de saúde e sentenciados. Análise de prontuários.	1		
	Frequência de consultas médicas por paciente maior ou igual a 6 = 2 pontos; 3 a 5 consultas = 1 ponto; Menos que 3 = 0 ponto.	Entrevistas: gestores, profissionais de saúde e sentenciados. Análise de prontuários.	2		
	Referência para consultas e exames especializados: encaminhado em menos de 10 dias = 2 pontos; entre 10 e 20 dias = 1; mais de 20 dias = 0 ponto.	Entrevistas com gestores, profissionais de saúde e sentenciados. Análise de prontuários.	2		
Infraestrutura (10 pontos)	Repasse do incentivo financeiro às unidades com equipe mínima: utilização do incentivo para ações do programa = 1,5 ponto.	Entrevistas: gestores e profissionais de saúde. Análise documental.	1,5		
	Consultórios com ventilação adequada = 1 ponto.	Observação direta.	1		
	Mesa com 2 cadeiras por consultório = 0,5 ponto.	Observação direta.	0,5		
	Mesa de exame por consultório = 0,5 ponto.	Observação direta.	0,5		
	Balança = 1 ponto.	Observação direta.	1		
	Termômetro = 0,5 ponto.	Observação direta.	0,5		
	Negatoscópio = 1 ponto.	Observação direta.	1		
	Consultórios e salas de atendimento capazes de manter a privacidade dos pacientes = 1 ponto.	Observação direta.	1		
	Equipe de saúde suficiente para atendimento (equipe mínima) = 1 ponto.	Observação direta. Entrevistas com gestores e profissionais de saúde.	1		
	Capacitação da equipe de saúde no último ano: mais que 50% dos profissionais foram capacitados = 1 ponto.	Entrevistas com gestores e profissionais de saúde.	1		
Utilização do Manual do PCT pela equipe = 1 ponto.	Observação direta. Entrevistas com profissionais de saúde.	1			

Busca de casos (10 pontos)	Busca ativa sistemática entre os encarcerados ao menos 1 vez por ano = 2 pontos.	Entrevistas com gestores, profissionais de saúde e agentes penitenciários. Análise documental.	2		
	Busca incorporada na rotina, com os integrantes do sistema carcerário atentos à identificação precoce dos casos = 2 pontos.	Entrevistas com gestores, agentes penitenciários e profissionais de saúde.	2		
	Realização de exame admissional no prazo máximo de 7 dias após o ingresso = 2 pontos.	Entrevistas: gestores, profissionais de saúde e agentes penitenciários. Análise de prontuários	2		
	Investigação de contatos de uma mesma cela ou galeria = 2 pontos.	Entrevistas com gestores e profissionais de saúde. Análise documental.	2		
	Encaminhamento de contatos extramuros para exame: listagem dos contatos e encaminhamento formal = 1 ponto; orientação ao sentenciado para informar seus contatos = 0,5 ponto.	Entrevistas com gestores, profissionais de saúde e sentenciados. Análise de prontuários.	1		
	Realização de ações de informação, educação e sensibilização na Unidade Prisional = 1 ponto.	Entrevistas com gestores, profissionais de saúde, agentes penitenciários e sentenciados. Análise documental.	1		
Diagnóstico e acompanhamento clínico, laboratorial e radiológico (10 pontos)	Proporção de casos que realizaram exame baciloscópico diagnóstico entre o total de casos: 100% = 2 pontos; 85 a 99% = 1 ponto; menos que 85% = 0 ponto.	Entrevistas: prof. de saúde e sentenciados. Análise de prontuários. Livro de registro.	2		
	Tempo para resultado do exame baciloscópico: até 24 h = 1 ponto.	Entrevistas com gestores e profissionais de saúde.	1		
	Início do tratamento vs. resultado do exame baciloscópico: sempre aguarda o resultado = 1 ponto.	Entrevistas com gestores e profissionais de saúde.	1		
	Proporção de casos que realizaram cultura e TSA: 100% = 2 pontos; 80 a 99% = 1 ponto; menos que 80% = 0 ponto.	Entrevistas com profissionais de saúde. Análise de prontuários.	2		
	Proporção de casos pulmonares que realizaram radiografia de tórax: 100% = 2 pontos; 80 a 99% = 1 ponto; menos que 80% = 0 ponto.	Entrevistas com profissionais de saúde. Análise de prontuários.	2		
	Proporção de oferta de exames para HIV: 100% = 1 ponto; 80 a 99% = 0,5 ponto; menos que 80% = 0 ponto.	Entrevistas com profissionais de saúde. Análise de prontuários.	1		
	Notificação dos casos: 100% feitas = 1 ponto.	Entrevistas com gestores e profissionais de saúde.	1		
Tratamento e Assistência Farmacêutica (10 pontos)	% de TDO por profissional de saúde para casos confirmados: 100% = 2 pontos; 80 a 99% = 1 ponto; menos de 80% = 0 ponto.	Entrevistas com gestores, profissionais de saúde, agentes penitenciários e sentenciados.	2		
	% de tratamento autoadministrado para casos confirmados: 100% = 0 ponto; 80 a 99% = 1 ponto; menos de 80% = 2 pontos.	Entrevistas com gestores, profissionais de saúde, agentes penitenciários e sentenciados	2		
	Abastecimento de medicamentos no último ano: não houve falta = 2 pontos; falta por período curto, não prejudicando a entrega aos pacientes = 1 ponto; faltou para a entrega aos pacientes = 0 ponto.	Entrevistas com gestores, profissionais de saúde e sentenciados.	2		
	Registro dos resultados de baciloscopia no 2º, 4º e 6º mês de tratamento: 100% dos prontuários com o registro feito = 2 pontos; 80 a 99% = 1 ponto; 60 a 79% = 0,5 ponto; menos de 60% = 0 ponto.	Análise de prontuários. Livro de registro.	2		
	Comunicação entre os serviços de saúde das UP por ocasião de transferências.	Entrevistas com gestores e profissionais de saúde.	1		
	Encaminhamento para unidade de saúde extramuros por ocasião do livramento.	Entrevistas com gestores e profissionais de saúde.	1		

Foram estabelecidos, também, os pontos de corte para a definição do grau de implantação, conforme o Quadro V.

Quadro V - Pontos de corte para a classificação dos Casos conforme os graus de implantação

Pontos de Corte	Grau de Implantação
76% a 100%	Implantado
51% a 75%	Parcialmente Implantado
26% a 50%	Baixo nível de implantação
Abaixo de 26%	Implantação incipiente

O uso de quartis como pontos de corte é frequente nos estudos de avaliação de programas (Natal et al., 2002; Mello, 2006; Frias, Lira e Hartz, 2005) e recomendado por Alves et al. (2010) como um julgamento inicial que serve de ponto de partida para as discussões e recomendações.

Os resultados dessa análise são apresentados no **artigo 2**: “Análise da Implantação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais no Brasil”.

5.2.6 - ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS DIMENSÕES EXTERNA E POLÍTICO-ORGANIZACIONAL NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Para a análise da influência dos determinantes contextuais, tomou-se como variável dependente o grau de implantação da intervenção. A diferença entre a intervenção planejada e a que foi implantada na realidade foi explicitada e foi feita a correlação entre os fatores contextuais e da organização do programa que influenciaram a implantação das ações.

5.2.7 - ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO E DA INTERAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES NOS EFEITOS OBSERVADOS

Para analisar se os diferentes graus de implantação influenciaram os efeitos do PCT, tomou-se como variável independente o grau de implnatação e como variável dependente os efeitos do PCT nas unidades prisionais. Como houve variação entre os casos estudados e existiam outros fatores envolvidos nos efeitos do PCT, optou-se por incluir na análise a influência da interação das dimensões externa, político-organizacional e de implantação na produção dos efeitos.

Os resultados das análises propostas nos itens 5.2.6 e 5.2.7 são apresentados no **artigo 3**: “A influência das Dimensões Externa e Político-organizacional na Implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas Prisões Brasileiras”

6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP) e aprovado através do Parecer CEP/ENSP Nº 13477/12. Os dados utilizados para o estudo tiveram como fonte o material coletado para o projeto “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais no Brasil: análise comparativa de diferentes modelos de gestão”, Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 067/2009, aprovado pelo CEP/ENSP através do parecer nº 141/10, CAAE: 0147.0.031.000-10.

As informações obtidas junto aos gestores, profissionais de saúde, agentes penitenciários e detentos foram coletadas com consentimento e autorização prévios. O anonimato e a privacidade dos informantes foram resguardados. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV) foi apresentado a todas as pessoas envolvidas, e por elas lido e assinado, sendo as possíveis dúvidas esclarecidas pelo pesquisador. Quando necessário, a autorização para gravação em áudio foi também previamente solicitada. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre o uso das informações coletadas apenas neste estudo.

Considerando que a população encarcerada pode estar suscetível a pressões, utilizaram-se mecanismos para assegurar aos apenados o direito de recusar-se a responder as perguntas da pesquisa. Em primeiro lugar, foi pactuado com a direção da unidade prisional e/ou o chefe de segurança que os detentos em tratamento para tuberculose seriam convidados a participar, mas poderiam se recusar sem que isso implicasse em nenhum tipo de punição. Além disso, foram prestados esclarecimentos individuais a cada paciente que aceitava comparecer à unidade de saúde para ser entrevistado, reforçando sua liberdade em se recusar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em local que garantisse a privacidade dos pacientes com a presença somente do entrevistado e do entrevistador.

Artigo Original

O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros

Tuberculosis control program in two Brazilian states' prisons

Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira¹, Sonia Natal², Luiz Antonio Bastos Camacho³

Resumo

A alta incidência da tuberculose nas unidades prisionais, 25 vezes maior do que na população geral, é uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). A avaliação de programa pode prover os gestores de uma gama de informações sobre como os programas estão operando. A primeira etapa da avaliação, chamada estudo de avaliabilidade foi operacionalizada utilizando o sistema de sete elementos, proposto por Thurston e Ramaliu. Foram selecionados dois casos no Sistema Penitenciário em dois diferentes estados brasileiros com grande número de casos de tuberculose entre os prisioneiros e com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado. Foi utilizada a abordagem qualitativa: análise documental, observação participativa e entrevistas com informantes-chave. O PCT está implantado com diferentes modelos de gestão entre os casos selecionados, verificou-se os sete elementos indicando a viabilidades de continuidade da avaliação. Foi possível desenvolver e pactuar os modelos lógico e teórico com os interessados. Com relação ao PCT, o principal achado foi a dificuldade para atender a recomendações como o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e o exame radiológico.

Palavras-chave: avaliação de programas e projetos de saúde; tuberculose; prisões.

Abstract

The high incidence of tuberculosis in prisons, 25 times higher than in the general population, makes the population of Brazilian prisoners a priority for the National Tuberculosis Control Program (NTCP). The program evaluation can provide managers with a wide range of information about how the programs are evolving. The first step of the evaluation, called evaluability assessment (EA), was done by the seven-element system, proposed by Thurston and Ramaliu. Two cases from the Prison System were selected in two different Brazilian states, which have a large number of tuberculosis cases among the prisoners and where the TCP had previously been implemented. The EA used a qualitative approach: documentary analysis, participant observation and interviews with key informants. The TCP is implemented with different types of management in the selected cases. The seven-element system showed feasibility of continuing evaluation. It was possible to develop and agree upon the logic and theoretical models with stakeholders. The main finding about TCP was the difficulty to meet some recommendations as Direct Observed Therapy (DOT) and radiological examination.

Keywords: program evaluation; tuberculosis; prisons.

¹ Doutoranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Enfermeira e Preceptora de Graduação no Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (RJ), Brasil.

² Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Pesquisadora aposentada pela Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro (RJ), BRASIL; Professora Visitante do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (SC), Brasil.

³ Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira – Rua Marquês de Paraná, 303 – CMS/MPS – 3º andar do prédio anexo – Centro – CEP: 22230-030 – Niterói (RJ), Brasil – E-mail: luisa.dutra@gmail.com

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 067/2009

Conflito de interesse: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A população prisional, que representa 0,2% da população geral do país, contribuiu com 5% dos casos notificados de tuberculose (TB) em 2008¹. Em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário² (PNSSP) estabeleceu atividades e metas para o controle da TB que não diferem daquelas para a população geral, seguindo as normas gerais do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). A partir dessa data, o PNCT verificou a necessidade de um sistema de informação com notificação de casos em Unidades Prisionais (UP), possibilitando a avaliação nacional, implementada em 2007. Somente em 2010, o PNCT estabelece, através do seu Manual de Recomendações, diretrizes específicas para a população privada de liberdade¹.

Os riscos de adoecimento por TB nessa população são os mesmos da população geral, acrescidos dos riscos da vida em confinamento, decorrentes da estrutura física das prisões sem ventilação adequada e com celas superlotadas, além da movimentação dos detentos dentro e fora das prisões³.

O pouco conhecimento sobre a gestão, a qualidade da estrutura e os processos envolvidos nas ações de controle da TB em UP brasileiras justificam a necessidade de uma avaliação de implementação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em UP. A primeira etapa da avaliação é tratada como *evaluability assessment* (avaliação da avaliabilidade – EA). Uma das grandes vantagens da EA é aperfeiçoar a futura avaliação e formalizar acordo entre o avaliador e os sujeitos da

avaliação sobre os aspectos mais importantes do programa, antecipando problemas que possam ocorrer e suavizando o processo⁴. Para o EA são recomendadas a análise dos documentos e entrevistas com os informantes-chave e os interessados na avaliação^{4,5}.

Para executar essa etapa da avaliação foram utilizados os sete elementos, propostos por Thurston e Ramaliu⁶, a serem apresentados: (a) a descrição do programa identificando as metas, os objetivos e as atividades que o constituem; (b) a identificação e revisão dos documentos disponíveis no programa; (c) a modelagem dos recursos disponíveis, das atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas (Modelo Lógico do Programa – MLP); (d) a supervisão do programa, ou obtenção de um entendimento preliminar de como opera; (e) o desenvolvimento de um Modelo Teórico da Avaliação (MTA); (f) a identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos; e (g) a obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação^{6,8}.

METODOLOGIA

Foi realizada uma EA, com abordagem qualitativa baseado no sistema dos sete elementos proposto por Thurston e Ramaliu⁶.

Os casos selecionados foram os Sistemas de Saúde Penitenciária de dois estados brasileiros e as unidades de análise, quatro unidades prisionais. Os critérios de seleção foram: grande número de encarcerados e de casos de TB e nos presídios, e ter o PCT implantado com pressuposto de diferentes modelos organizacionais.

Para operacionalizar o estudo, foi feita análise documental, entrevistas e discussão com representantes da coordenação de saúde do sistema penitenciário e diretores de saúde de UP, no período de dezembro de 2010 a abril de 2011. Foram utilizados os seguintes documentos: Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, Planos Operativos Estaduais de Saúde Penitenciária, Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Plano Nacional de Política Penitenciária, normas e rotinas das unidades de saúde prisional.

As UP selecionadas para o estudo foram visitadas e realizada a observação das atividades do programa nas mesmas.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ (CAAE: 0147.0.031.000-10).

RESULTADOS

Foram identificados e revistos todos os documentos disponíveis, o que possibilitou a identificação das responsabilidades pelas ações de saúde no sistema penitenciário, bem como as metas, os objetivos e as atividades do PCT. A apresentação dos resultados é feita por cada elemento proposto por Thurston e Ramaliu⁶.

Descrição da Política de Controle da Tuberculose no sistema prisional (elemento a)

O PNSSP prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo seu acesso a ações e serviços de saúde como legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS, pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984. Em 2003, com a Portaria nº 1.777⁹, foram elaborados os Planos Operativos Estaduais, como requisito para habilitar os estados a receberem recursos financeiros para investimento na infraestrutura das unidades de saúde e custeio das ações e serviços de saúde.

Os Ministérios da Saúde (MS) e da Justiça (MJ) disponibilizam aos estados e municípios qualificados o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, componente do Piso de Atenção Básica Variável, destinado ao custeio das ações e serviços de saúde desenvolvidos nas UP, 70% financiado pelo MS e 30% pelo MJ¹⁰. O recurso é repassado do Fundo

Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, conforme pactuações quanto à gestão e gerência dos Planos Operativos Estaduais. Essa ação orçamentária prevê a estruturação de serviços de saúde nas UP com resolutividade na atenção básica, e definição de referência à atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

A Resolução nº 11, de 07 de dezembro de 2006, estabelece a diretriz básica para a detecção de casos de TB entre ingressos no Sistema Penitenciário das Unidades da Federação: serviço de transporte específico para o serviço de saúde destinado ao deslocamento de pacientes e materiais biológicos; centralização da entrada de ingressos de maneira a permitir exames de saúde admissionais; e aquisição de equipamentos que permitam a realização desses exames¹¹. A mesma resolução propõe a avaliação clínica e radiológica no ingresso do sentenciado no sistema, independentemente da existência de sintomas.

Metas, atividades e objetivos que constituem o programa

Quanto ao controle da TB, as metas do PNSSP, são: implantação de ações de controle em 100% das UP; diagnóstico de 100% dos casos existentes; e cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos².

Em relação ao estabelecimento de fluxo de referência/contrarreferência para média e alta complexidades, a meta estabelecida é 100% dos municípios com UP².

A detecção de casos é realizada a partir da demanda espontânea das pessoas privadas de liberdade e através da busca ativa. A sensibilização dos sentenciados e dos guardas tem o objetivo da identificação precoce do sintomático e da facilitação do acesso ao serviço de saúde, valorizando a tosse por mais de duas semanas como principal sintoma da TB para a identificação dos casos bacilíferos¹.

A busca ativa deve ser realizada na entrada do detento no sistema penitenciário, até o prazo máximo de sete dias após o ingresso e sistematicamente ao menos uma vez por ano (rastreamento de massa), além da procura de contatos entre os casos de TB ativa. A prova tuberculínica para os contatos em ambiente prisional está indicada apenas para pessoas vivendo com HIV¹.

Os contatos extramuros devem ser orientados a procurarem serviços de saúde para realização de exames¹.

As rotinas e os fluxos para exames diagnósticos devem ser definidos conjuntamente entre a área da saúde do sistema penitenciário, os programas estaduais e municipais de controle da TB e a rede laboratorial, de forma a garantir retorno do resultado da baciloscopia em 24 horas e início imediato do tratamento¹.

O tratamento da TB durante o encarceramento deve ser diretamente supervisionado pelo profissional de saúde, e consulta mensal e baciloscopia nos segundo, quarto e sexto meses de tratamento, aferição de peso e aconselhamento visando a adesão ao

tratamento, são recomendados¹. A continuidade do tratamento deve ser garantida após o livramento ou transferência do paciente comunicando à vigilância em saúde do município.

O exame para HIV deve ser oferecido de forma sistemática a todos, tanto na sua admissão na prisão como durante o encarceramento caso o preso manifeste vontade de realizá-lo, sempre acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste¹.

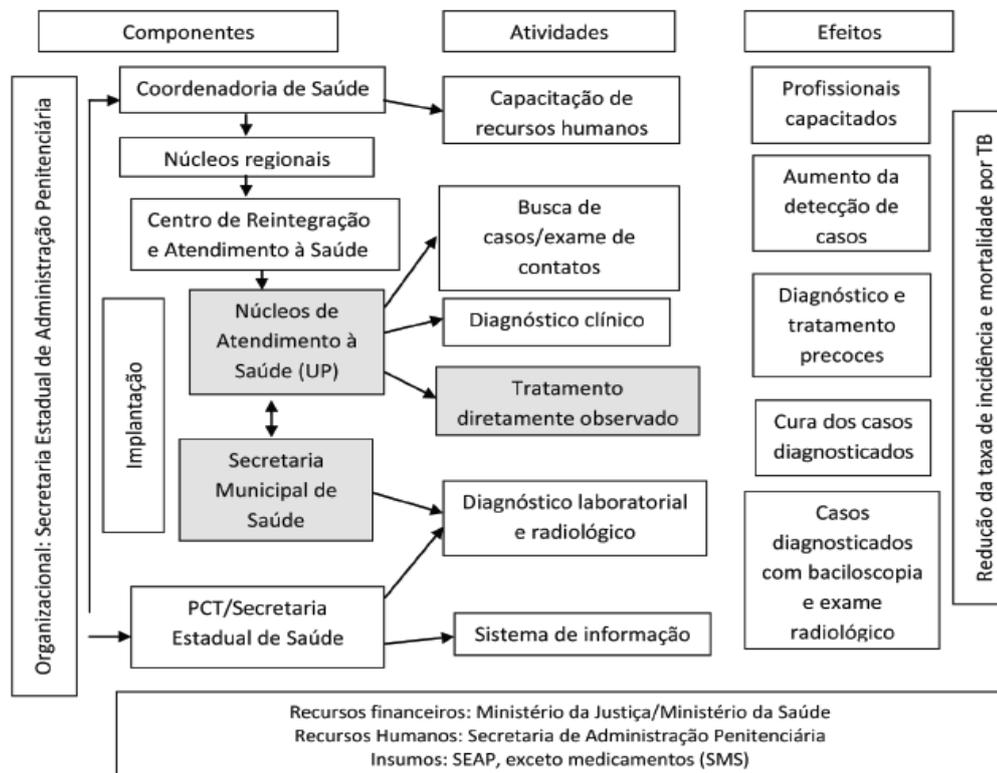
A construção do MLP baseou-se na análise de documentos e entrevistas realizadas com coordenadores de saúde penitenciária (ou seus representantes) e diretores de unidades de saúde do sistema penitenciário. O MLP representa a lógica e a racionalidade da intervenção, e apresenta um conjunto de efeitos esperados a curto e longo prazo.

No MLP do Caso 1, apresentado na Figura 1, verifica-se que não existe uma coordenação específica para o controle da TB no sistema penitenciário do estado. A gerência dos serviços de saúde das UP é exercida pela Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP), com ação normatizadora e responsável pelo acompanhamento das unidades de saúde no cumprimento dos procedimentos e das metas estabelecidas para a Atenção Básica, aquisição, controle e distribuição de medicamentos, organização e alimentação do sistema de informação em saúde da população penitenciária, de base estadual e/ou nacional, coordenação das ações relacionadas aos recursos humanos, definições de referências municipal e intermunicipal e adequação do espaço físico¹². A Coordenadoria de Saúde está diretamente subordinada à SAP e divide-se em Comissão de Equipamentos, Comissão de Padronização de Medicamentos, Assistência Técnica, Unidades Prisionais Hospitalares, Centro de Planejamento de Ações de Saúde e Reabilitação Social, Departamento de Administração, Núcleo de Farmácia, cinco Núcleos Regionais de Saúde e o Núcleo de Saúde do Servidor¹². Cada Núcleo Regional está vinculado aos Centros de Reintegração e Atendimento à Saúde, com seu Núcleo de Atendimento à Saúde em cada UP.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dos municípios onde se localizam as UP apoiam o diagnóstico laboratorial e radiológico dos sentenciados, e oferece locais de referência para exames especializados e internações quando necessárias. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) se articula com a Coordenação de Saúde Penitenciária tanto na capacitação de recursos humanos como no apoio ao diagnóstico laboratorial e radiológico, sendo responsável pelo gerenciamento do sistema de informação.

A Coordenadoria de Saúde recomenda o tratamento diretamente observado (TDO) para todos os casos, o que vem sendo realizado em grande parte das UP.

No Caso 2, devido às características próprias do estado e à complexidade da rede de serviços na Secretaria de Estado



TB: tuberculose; UP: unidade prisional; PCT: Programa de Controle da Tuberculose; SEAP: Secretaria de Estado de Administração Penitenciária; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Figura 1. Modelo lógico do Programa de Controle da Tuberculose no sistema penitenciário – Caso 1

de Administração Penitenciária (SEAP), optou-se por criar uma Comissão de Gestão do Plano Operativo, integrada pelas SES e SEAP. A SEAP conta com uma rede de 7 hospitais e 27 ambulatórios. Mantém diversos programas com ênfase nas patologias mais prevalentes na população carcerária e todas as previstas como prioritárias no Plano Nacional¹³.

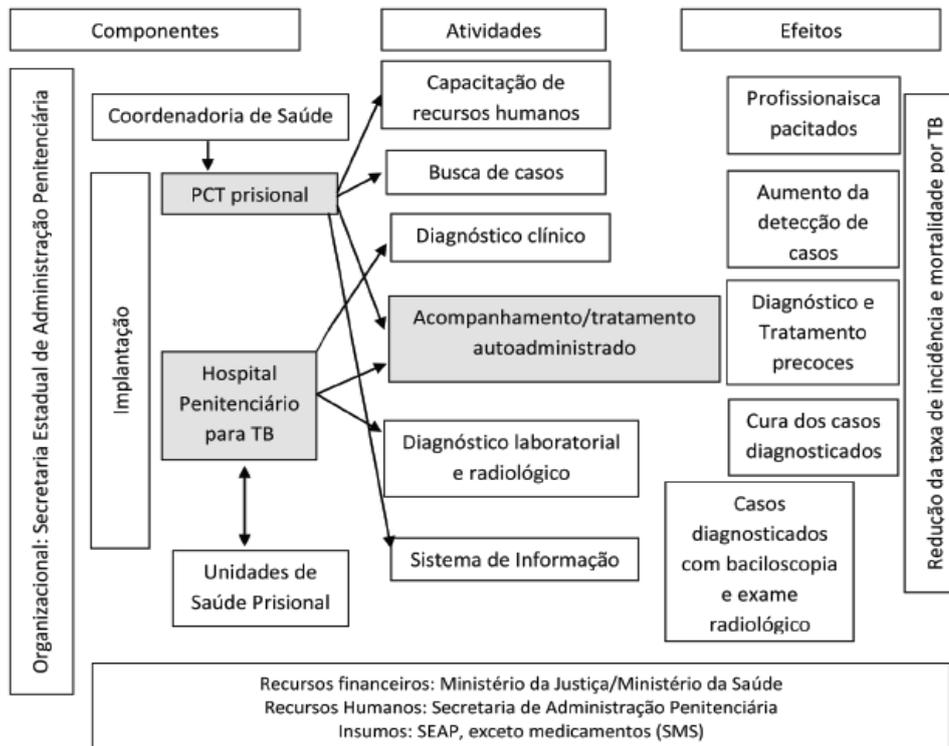
A Coordenação de Saúde do Sistema Penitenciário está subordinada à Superintendência de Saúde da SEAP, e é responsável pelos sete hospitais penitenciários, pela divisão de ambulatórios, de Odontologia, de Psicologia, de Serviço Social e pelo Centro de Tratamento em Dependência Química¹³. Há um profissional responsável pelo PCT do Sistema Penitenciário vinculado diretamente à Coordenadoria de Gestão de Saúde da SEAP. O MLP do Caso 2, mostrado na Figura 2, destaca as ações da coordenação do PCT prisional do estado, que gerencia a capacitação de recursos humanos, a busca de casos, o acompanhamento do tratamento autoadministrado dos casos por equipe própria e é responsável pela organização do sistema de informação. O Hospital Penitenciário para

TB centraliza as ações de diagnóstico clínico, laboratorial e radiológico, e é referência para as internações. A articulação do programa com as SES e SMS é incipiente nas ações de controle da TB prisional.

A supervisão do programa (o elemento d), ou obtenção de um entendimento preliminar de como opera, foi realizada nos dois casos selecionados, com a observação participativa das ações do programa em UP e entrevistas com diretores das unidades de saúde prisional e profissionais de saúde.

O Caso 1 conta com 148 unidades prisionais, onde se distribuem 159.132 presos. Destas, 28 estão na capital e região metropolitana, 5 no litoral e 115 no interior. Somente 75 unidades contam com equipe de saúde completa, de acordo com o PNSSP.

As UP têm sua própria unidade de saúde; a formação e o número dos profissionais de cada equipe de saúde variam. O estado tem três hospitais de custódia e um psiquiátrico. Apesar de haver hospital penitenciário de referência, as unidades podem valer-se de outros hospitais da rede pública para referência, o que acontece por vezes em virtude das distâncias entre as UP e o hospital de referência. Os exames laboratoriais são



TB: tuberculose; PCT: Programa de Controle da Tuberculose; SEAP: Secretaria de Estado de Administração Penitenciária; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Figura 2. Modelo Lógico do Programa de Controle da Tuberculose do Sistema Penitenciário – Caso 2

referenciados para os laboratórios municipais próximos às UP e/ou aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS).

O diagnóstico é feito, na maior parte das vezes, por demanda espontânea na UP onde o paciente se encontra. O resultado da baciloscopia é informado em cerca de 24 horas, principalmente em caso de resultado positivo. Alguns municípios estabelecem cotas de baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade (TS) para as UP.

A busca ativa é baseada na existência de tosse por duas semanas ou mais, tanto no momento da inclusão do sentenciado no sistema, como em campanhas realizadas duas vezes ao ano. A baciloscopia de acompanhamento é mensal. O exame radiológico é realizado em serviços da rede pública ou no Centro Hospitalar do Sistema Prisional, o que exige transporte e escolta para o sentenciado. Este exame não é feito em todos os casos.

As notificações são encaminhadas à Vigilância em Saúde do município sede da UP. Lá são alimentados os bancos do sistema de informação, que é coordenado pelo PCT da SES.

O tratamento é realizado nas UP sob supervisão dos profissionais de saúde nos dias úteis. Há unidades em que o tratamento é supervisionado pelo agente de segurança penitenciária, alguns deles com formação na área da saúde e designados especificamente para ações de saúde.

A Vigilância em Saúde do município onde está localizada a UP é informada sobre transferências e livramentos, e passa a informação para o nível regional. As unidades de destino são comunicadas e são enviados o prontuário único de saúde e medicamentos para um período de 15 dias.

O Caso 2 tem 37 UP concentradas na região metropolitana (33), sendo somente 4 as unidades no interior. A população carcerária era de 23.158 em 2009. O sistema prisional conta com sete hospitais, um deles específico para TB. O hospital penitenciário para TB destina-se exclusivamente ao diagnóstico e tratamento dos casos de TB provenientes de UP da região metropolitana, e é feito por especialistas. Os casos com comorbidades, resistência a múltiplas drogas ou outras situações que indiquem a internação, permanecem no hospital para tratamento. Os demais retornam às suas unidades de origem para o tratamento ambulatorial.

O hospital para TB, com 105 leitos, conta com laboratório para baciloscopia, cultura e TS, e serviço de radiologia, para todos os pacientes e sintomáticos respiratórios do sistema penitenciário do estado. A baciloscopia de acompanhamento é mensal e indica-se o raio X para alta.

Todas as UP têm equipes de saúde, mas equipes completas em apenas 69% das prisões. O acompanhamento dos

Quadro 1. Diagnóstico e tratamento da tuberculose nas unidades prisionais

Processo	Caso 1	Caso 2
Apoio diagnóstico	Laboratório municipal ou estadual Raio X em unidade de saúde municipal ou hospital de custódia	Laboratório de Bacteriologia da TB (BAAR, cultura e TSA) Serviço de Radiologia
Fluxo para diagnóstico e tratamento	Demanda espontânea – investigação diagnóstica na UP – coleta de amostra e encaminhamento – resultado em 24 h por fax – tratamento na UP, medicamento fornecido pelo município	Suspeita clínica na UP – encaminhamento ao hospital – avaliação médica: casos novos com tratamento na UP de origem acompanhado pela “equipe DOTS”; casos de retratamento ou com indicação clínica são internados
Busca ativa de casos	Entre ingressos – demanda espontânea Entre encarcerados – campanha duas vezes ao ano Baseada em tosse ≥ 2 semanas	Entre ingressos – não realizada na rotina <i>Screening</i> radiológico e de sintomáticos (estudo comparativo)
Tratamento	TDO em dias úteis: por profissionais de saúde ou ASP (66,7%) Onde não há TDO: entrega semanal dos medicamentos com avaliação Baciloscopia mensal RX às vezes para avaliação final de tratamento	Diário e autoadministrado (entrega semanal ao paciente por profissional de saúde) Consulta de enfermagem mensal (BAAR e peso) Avaliação médica nos 2º e 6º meses de tratamento (RX e BAAR) Grupos de adesão em 12 UP
Continuidade do tratamento	Transferência entre UP: comunicada à UP que recebe o paciente, encaminhamento de prontuário e medicamentos para 15 dias Após liberação: relatório fornecido ao preso, medicamentos para 15 dias, informação à unidade de saúde mais próxima da residência, orientação do preso e família	Transferência entre UP: equipe central é comunicada Após liberação: conscientização e carta de encaminhamento desde o início do tratamento. Não há articulação com serviços extramuros

TB: tuberculose; BAAR: Bacilos Álcool-Ácido Resistentes; TSA: Teste de Sensibilidade aos Antibióticos; UP: unidade prisional; TDO: Tratamento Diretamente Observado; ASP: Agente de Segurança Penitenciária; RX: raio X; DOT: *Direct Observed Therapy*.

tratamentos feitos nas UP de origem é realizado por uma “equipe DOTS”. De acordo com norma de serviço¹⁴, a equipe deve assegurar o acesso ao medicamento e a tomada regular da medicação por todos os internos em tratamento para tuberculose.

A solicitação de baciloscopia por técnicos e auxiliares de enfermagem, formalizada por norma estadual em 2004, possibilita o aumento da detecção de casos principalmente em UP onde não há médicos.

A rotina de atendimento no hospital para TB prevê a avaliação médica de todos os internos encaminhados pelas UP. O tratamento dos casos diagnosticados é prescrito no hospital e decidida a internação ou o tratamento na unidade de origem, de acordo com critérios estabelecidos.

O Quadro 1 apresenta aspectos diversos do processo para o diagnóstico e tratamento da TB nas UP dos dois casos estudados.

O MTA (elemento e) é desenvolvido baseado na legislação e nos planos nacional e estaduais de saúde penitenciária, e em entrevistas com gestores da saúde penitenciária. No modelo teórico apresentado (Figura 3) destaca-se a imprescindível articulação entre a Justiça e a Saúde para o desenvolvimento das ações. As dimensões consideradas no modelo proposto foram: contexto externo, contexto político e organizacional, implantação das

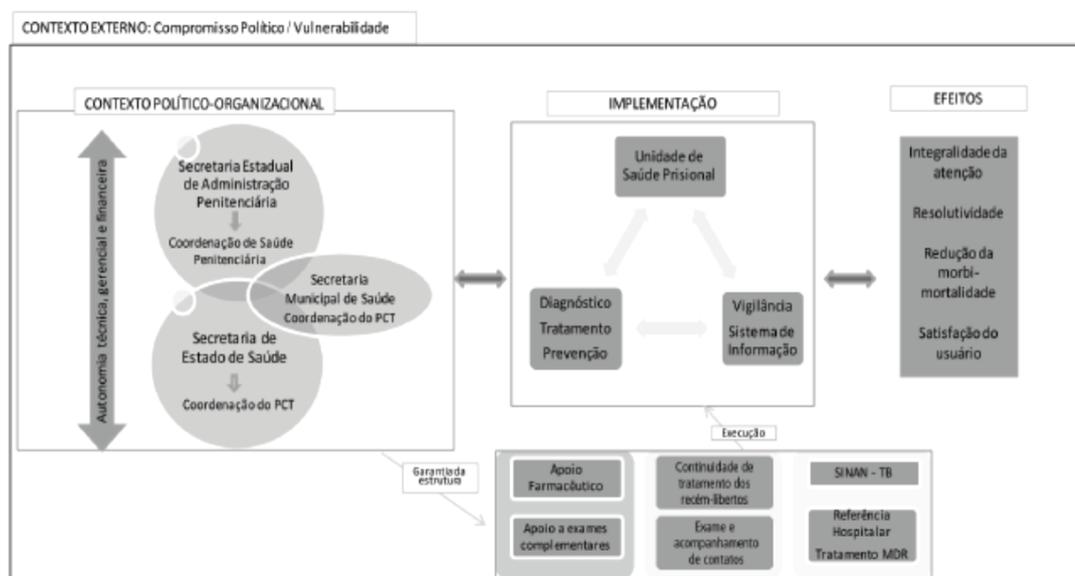
ações de controle e os efeitos esperados. Servirá como padrão de julgamento da integralidade e da qualidade das ações avaliadas¹⁵.

A identificação de usuários da avaliação e outros envolvidos (elemento f) considera os gestores das coordenadorias de saúde do sistema penitenciário, os gestores das secretarias estaduais e municipais de saúde, os diretores das unidades de saúde prisionais, os profissionais de saúde penitenciária e as instituições de ensino superior como os principais interessados.

Na obtenção de um acordo quanto à avaliação (elemento g) foram realizadas reuniões com os gestores e alguns dos profissionais de saúde penitenciária dos estados selecionados, apresentada a proposta de pesquisa, seus objetivos e os modelos de avaliação preliminares. A discussão possibilitou o ajuste dos modelos e das perguntas avaliativas.

DISCUSSÃO

Trevisan e Huang⁵ ressaltam que o EA pode mostrar-se útil no esclarecimento dos objetivos e metas do programa, no desenvolvimento da teoria do mesmo, e na identificação de um modelo que permita a verificação da plausibilidade em atingir determinados resultados.



TB: tuberculose; PCT: Programa de Controle da Tuberculose; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Figura 3. Modelo Teórico de Avaliação

Este estudo de avaliabilidade permitiu constatar o pressuposto de modelos diferentes de organização do PCT prisional nos dois casos selecionados e sua influência na implementação do programa e seus efeitos, o que justifica a elaboração de dois MLP diferentes.

As metas do PCT no sistema prisional são semelhantes àquelas para a população em geral, mas algumas são pouco realistas como a meta de detecção de 100% dos casos de TB no sistema prisional e a recomendação de exame radiológico para todos os ingressos, em virtude da dificuldade de recursos para essa ação, de acordo com os critérios de análise de metas do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)¹⁶.

No Caso 1, a TB é considerada um problema importante no sistema penitenciário, mas não o mais importante, visto que é grande o número de reeducandos com hipertensão, diabetes e doenças de pele. Neste estado, o controle da TB não possui coordenação específica no organograma da saúde penitenciária e as ações são desenvolvidas de forma descentralizada pelas unidades de saúde das UP. O apoio da SES e SMS no diagnóstico laboratorial e radiológico e nas situações que requerem exames especializados e interações está presente.

No Caso 2, destaca-se a coordenação específica do PCT prisional e a centralização do diagnóstico e início de tratamento no hospital penitenciário que possui recursos próprios para diagnóstico laboratorial e radiológico e interações. A recomendação de TDO para os casos diagnosticados não é seguida pelo Caso 2 e é cumprida parcialmente pelo Caso 1. Ambos os casos dependem do transporte para os sentenciados e/ou de material biológico para algumas ações de diagnóstico, mais frequente no Caso 2 que necessita do deslocamento do

prisioneiro para todos os exames, inclusive o clínico. Por outro lado, o raio X é menos realizado nos pacientes do Caso 2 em decorrência dessa mesma dificuldade.

O relatório da Secretaria de Atenção à Saúde¹⁰ lista algumas dificuldades em implantar equipes de saúde nas UP: contratação de profissionais, necessidade de reformas e adequações do espaço físico das unidades de saúde prisionais, necessidade de aquisição de equipamentos de saúde e contingenciamento de parte dos recursos do MS.

Outra dificuldade encontrada é o seguimento do paciente após transferências e livramento. Deve haver uma comunicação ágil entre os serviços de saúde das UP e entre as UP e a Vigilância em Saúde do município, para evitar a interrupção do tratamento¹.

Embora tenha maior custo e exija maior infraestrutura, alguns estudos indicam que o rastreamento radiológico apresenta rendimento muito superior porque permite a identificação dos casos assintomáticos e dos não bacilíferos, enquanto o rastreamento baseado na presença de tosse permite identificar apenas uma pequena proporção dos doentes existentes, frequentemente já bacilíferos¹.

Uma negociação entre os principais interessados no programa e na avaliação para definir os critérios e padrões de julgamento a serem utilizados, favorece as ações orientadas pelos resultados e torna a avaliação uma prática compartilhada e negociada¹⁷. A indicação de possíveis usuários da avaliação, tanto na área da Justiça como da Saúde, assim como a pactuação do modelo de avaliação a ser desenvolvido, aumentam a possibilidade de utilização dos resultados no planejamento das ações.

Além disso, a avaliação deve ser entendida como possibilidade de aprendizado na implantação de um programa

ou política pública, podendo o programa sofrer constantes reformulações, considerando-se as diversas influências contextuais. A avaliação é orientada pelas questões formuladas, que estabelecem o foco e as escolhas das abordagens teóricas e metodológicas. A partir desse estudo verificou-se a viabilidade de continuidade da avaliação para responder às perguntas avaliativas: Qual é o grau de implantação do PCT no Sistema Penitenciário? O contexto externo e o contexto político e organizacional influenciam a implantação do PCT no Sistema Penitenciário? Como? O grau de implantação do programa influencia nos efeitos encontrados? De que forma?

CONCLUSÕES

O EA foi essencial para constatar o pressuposto de casos selecionados com diferentes modelos de gestão e serviu como subsídio para a concordância das instituições envolvidas, além de indicar a viabilidade metodológica e operacional para desenvolver uma pesquisa avaliativa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: recommendations from CDC. [cited 2012 May 21]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1.htm>
4. Kaufman-Levy D, Poulin M. Evaluability assessment: examining the readiness of a program for evaluation. Washington: Juvenile Justice Evaluation Center, 2003.
5. Trevisan MS, Huang YM. Evaluability assessment: a primer. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2003;8(20).
6. Thurston W, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2005;20(2):1-25.
7. Natal S, Samico I, Oliveira LGD, Assis AMJ. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de recursos humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad Saúde Colet*. 2010;18(4):560-71.
8. Thurston W, Potvin L. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation*. 2003;9(4):453-69.
9. Brasil. Portaria Interministerial n° 1.777/GM, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
11. Brasil. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n° 11 de 07 de dezembro de 2006. Diretriz básica para a detecção de casos de tuberculose entre os ingressos no sistema penitenciário nas Unidades da Federação. Brasília, 2006.
12. São Paulo (estado). Secretaria de Estado da Saúde (SES). Secretaria da Administração Penitenciária (SAP). Plano Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário. São Paulo: SES; SAP, 2003.
13. Rio de Janeiro (estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Plano Operativo Estadual de Saúde Penitenciária. Rio de Janeiro, 2004.
14. Rio de Janeiro (estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Norma de serviço "Estratégia de Tratamento da Tuberculose nas Unidades Prisionais do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro", 2008.
15. Oliveira LGD, Natal S, Felisberto E, Alves CKA, Santos EM. Modelo de Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose. *Ciê Saúde Coletiva*. 2010;15 Suppl 1:997-1008.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Evaluation briefs, n. 3, 2009. [cited 2012 Maio 21]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief3b.pdf>
17. Cruz MM. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. [cited 2012 May 21]. Available from: <http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=435>

Recebido em: 19/06/2011
Aprovado em: 12/03/2012

Errata: p.250, onde se lê ³Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, leia-se ³Doutor em Saúde Pública pela Johns Hopkins University
p. 253, último parágrafo, onde se lê "O estado tem 3 hospitais de custódia e um psiquiátrico" leia-se "O estado tem 3 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico"

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM UNIDADES PRISIONAIS NO BRASIL

Implementation Analysis of Tuberculosis Control Program in Brazilian prisons

Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB

Resumo

No Brasil, as ações de controle da tuberculose destinadas à população carcerária estão há dez anos regulamentadas pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Os estados da federação têm modelos distintos de organização do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no sistema prisional. Este estudo avaliou o grau de implantação do PCT em unidades prisionais de dois estados brasileiros. Procedeu-se a um estudo de casos múltiplos com abordagem qualitativa e desenvolvimento de uma Matriz de Análise e Julgamento. Segundo critérios pré-definidos foram selecionados 2 Casos estaduais, com 2 unidades de análise para cada Caso e 1 hospital penal no Caso 2. A implantação parcial do programa foi identificada nas unidades prisionais do Caso 1 e no hospital penal; um baixo nível de implantação foi constatado nas unidades prisionais não hospitalares do Caso 2. A falta de investimento financeiro e de recursos, a falta de integração entre as coordenações da justiça e da saúde e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde foram alguns dos fatores desfavoráveis à implantação do programa.

Palavras chave: Tuberculose, Prisões, Avaliação

Abstract

Actions for tuberculosis control in the penitentiary population in Brazil are regulated since 10 years by the National Health Plan for Penitentiary System. Brazilian states have different organization models for the Tuberculosis Control Program (TCP) in their prison systems. This study evaluated the implementation of the TCP at prisons in two Brazilian states. A multiple cases study with qualitative approach was performed and a Framework of Analysis and Judgment developed. According to predefined criteria 2 state cases were selected, with 2 units of analysis for each case and 1 prison hospital in Case 2. We identified a partial program implementation in the prisons of Case 1 and in the penitentiary hospital; a low level of implementation was found in non-hospital prisons of Case 2. The lack of financial investment and resources, lack of integration between Justice and Health institutions and poor access to health services in prisons were some of the unfavorable factors for program implementation.

Key words: Tuberculosis, Prisons, Evaluation

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 067/2009. Agradecemos ao Allan Nuno Alves de Sousa pela valiosa participação na coleta de dados.

INTRODUÇÃO

A tuberculose foi considerada uma emergência global pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1993. Os esforços empreendidos para a redução da carga da doença mostram alguns resultados positivos: as taxas de incidência e mortalidade têm apresentado queda global, e entre os 22 países que concentram 80% dos casos mundiais, sete já atingiram as metas de redução da incidência, prevalência e mortalidade previstas para 2015, entre eles o Brasil¹. Um dos desafios para o controle da endemia é a elevada incidência entre populações de maior risco, entre elas a população prisional.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde², a incidência de tuberculose (TB) nas unidades prisionais da América Latina é 22,2 vezes maior que na população livre. No Brasil, estima-se que essa incidência seja 25 vezes maior³ e que a prevalência de tuberculose ativa varie de 2,5% a 8,6% entre os presos⁴. Sanchez⁵ considera que a incidência pode estar subestimada, visto que a oferta e a qualidade do serviço de saúde no sistema prisional, a pouca motivação dos profissionais e a percepção dos presidiários quanto aos seus sintomas podem resultar na baixa detecção de casos.

O atraso no diagnóstico e no isolamento daqueles com a doença não detectada pode intensificar a transmissão a outros internos e aos funcionários das unidades prisionais (UP), bem como aos contatos externos^{6,7}. O ambiente das prisões, em geral com celas superlotadas e ventilação inadequada, e os longos períodos de encarceramento também contribuem para a transmissão. A alta rotatividade dos prisioneiros entre as unidades prisionais pode resultar em falhas no tratamento, resistência aos fármacos e manutenção da transmissão⁶.

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) deve estar implantado no sistema prisional de forma a garantir rapidamente a detecção, o isolamento e o acompanhamento dos casos, bem como o planejamento da alta. A coordenação de esforços no âmbito penitenciário e extrapenitenciário é fundamental para o êxito do programa, assegurando ao indivíduo que foi libertado o acesso ao serviço de saúde e ao tratamento diretamente observado (TDO), de forma a garantir a continuidade e o término do seu tratamento⁸.

No Brasil, foi estabelecido em 2003 o primeiro Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). De acordo com esse plano, a gestão e gerência das ações e serviços de saúde nas penitenciárias são pactuadas em cada estado brasileiro entre

gestores das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e de Justiça e os gestores das secretarias municipais de Saúde. O financiamento do programa também é compartilhado pelos órgãos da Justiça e da Saúde nos níveis federal e estadual. A Justiça/Administração Penitenciária do estado provê os recursos físicos, humanos e materiais necessários às ações de saúde. No nível local, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dos municípios onde estão localizadas as prisões é responsável pelos exames complementares, as ações de maior complexidade e o atendimento hospitalar para os apenados. Às unidades de saúde das UP cabe executar as ações de atenção primária à saúde, ou seja, busca, diagnóstico, acompanhamento, tratamento e notificação dos casos diagnosticados, de acordo com a Portaria Interministerial 1777/2003⁹. Esperam-se como efeitos a curto e médio prazos o aumento da detecção de casos, o diagnóstico e o tratamento precoces, e o aumento dos percentuais de cura. A longo prazo, almeja-se a redução da incidência e da mortalidade por TB dentro dos presídios.

Este estudo apresenta uma análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose no Sistema Penitenciário de dois estados brasileiros. Partiu-se do pressuposto de que a implantação das ações tal como normatizadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e pelo PNSSP atingiria os efeitos esperados.

A primeira etapa da avaliação, o estudo de avaliabilidade, constatou diferentes modelos de organização do PCT no sistema prisional dos dois estados selecionados¹⁰.

MÉTODOS

Um estudo de casos múltiplos¹¹, realizado no período de dezembro de 2010 a junho de 2012, com abordagem qualitativa, foi desenvolvido a partir do Modelo Lógico e do Modelo Teórico do Programa, apresentados no estudo de avaliabilidade¹⁰. Os casos selecionados foram o Sistema de Saúde Penitenciária de dois estados brasileiros. Para cada caso foram selecionadas duas Unidades Prisionais (UP) como unidades de análise e um hospital penal em um dos casos. Os critérios para a seleção dos casos foram: existir um PCT implantado, com tratamento ambulatorial e/ou hospitalar próprios, existir a possibilidade de realizar o diagnóstico laboratorial, ter um grande número de casos novos de TB registrados, e um grande número de detentos. Foram consideradas somente unidades com detentos do sexo masculino,

que compõem a grande maioria da população privada de liberdade, e por ser também o gênero com maior prevalência de TB. A análise dos dois casos foi estruturada para identificar os aspectos positivos do controle da tuberculose e as oportunidades de melhora nas unidades prisionais.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com 7 gestores e diretores, 37 profissionais de saúde do sistema penitenciário, 14 agentes de segurança e 42 detentos em tratamento para tuberculose nas unidades prisionais selecionadas e também através da observação sistemática da execução das ações do programa realizada em 19 visitas às unidades prisionais selecionadas. Os dados de fontes secundárias foram coletados dos documentos e normas técnicas do programa, legislação relativa à saúde penitenciária, relatórios, livros de registro, prontuários e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nacional.

Com a finalidade de se determinar o grau de implantação do PCT nas unidades de análise dos Casos selecionados, utilizou-se a Matriz de Análise e Julgamento (Quadro I), com cinco categorias: Acesso, Infraestrutura, Busca de casos, Diagnóstico e Acompanhamento, Tratamento e Assistência farmacêutica. Na categoria acesso foram consideradas a disponibilidade de recursos e sua relação com a necessidade da clientela; a acessibilidade, que abrange a localização dos serviços e a necessidade de transporte; e a acomodação, ou seja, o modo como os recursos são organizados para atender os usuários¹². A infraestrutura necessária para as ações de Atenção Básica previstas envolveu a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais para a execução das ações do programa, bem como a utilização do incentivo financeiro previsto na legislação para as unidades de saúde das UP. A busca de casos consistiu nas ações destinadas à detecção precoce: abordagem sistemática dos detentos, ações de educação e informação, exame de ingressos e investigação de contatos. Na categoria diagnóstico e acompanhamento foram considerados os exames necessários para a confirmação e o seguimento dos casos, além da notificação dos mesmos. A categoria tratamento e assistência farmacêutica enfocou a forma de administração da terapêutica, o fornecimento dos fármacos, os registros da evolução do tratamento e as ações de comunicação necessárias à continuidade do tratamento nos casos de transferência ou libertação. O julgamento dos aspectos favoráveis e desfavoráveis baseado nessas categorias se baseou nas recomendações do programa de controle da tuberculose.

Para cada categoria foram elaborados indicadores e estabelecida para cada um deles uma pontuação máxima. Cada categoria recebeu a mesma pontuação estimada e a variação ocorreu internamente na distribuição dos valores por indicador. Para estimar a pontuação dos indicadores, ou seja, a carga valorativa, foram consideradas como padrão as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Justiça (MJ), além das considerações dos envolvidos na implantação do programa.

A proporção do somatório dos pontos observados nas categorias em relação à pontuação estimada, por cada unidade de análise, determinou o Grau de Implantação: $GI = (\sum \text{obsevado} / \sum \text{ponto estimado}) * 100$. As proporções foram estratificadas em quartis para a classificação do GI: implantado com 76 a 100%, parcialmente implantado com 51 a 75%, baixo nível de implantação com 26 a 50% e implantação incipiente abaixo de 26%.

A análise simples dos Casos, feita de forma descritiva com triangulação de dados primários e secundários, utilizou a análise de conteúdo de Bardin¹³ para os dados qualitativos. A análise sistemática e objetiva das informações obtidas a partir das diversas fontes, com base nas categorias determinadas no estudo, permitiu identificar elementos para descrever as ações de controle da tuberculose desenvolvidas nas diferentes unidades prisionais. Os extratos das entrevistas transcritas e dos registros das observações de campo que expressavam as opiniões e as ações dos atores do programa e os trechos retirados dos documentos analisados foram organizados de forma manual, cada texto isoladamente¹⁴. A análise por categorias funciona por operações de desmembramento do texto e reagrupamento por unidades de registro¹³. Na análise imbricada dos Casos, o exame minucioso das categorias de análise permitiu verificar os padrões encontrados e a existência de coincidências e divergências entre eles.

Para fortalecer a validade interna do estudo, utilizou-se a triangulação dos dados de maneira a verificar de forma contínua a confiabilidade e a interpretação das informações coletadas¹⁴. A adequação entre o modo de análise e o modelo teórico proposto no estudo^{11,15} também contribuiu na validade interna. A validade externa no estudo de casos múltiplos se verifica pela possibilidade de replicação em outras unidades de análise do modelo de avaliação¹¹.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Parecer CEP/ENSP Nº 13477/12). As Secretarias

Estaduais de Administração Penitenciária dos dois estados aprovaram formalmente a realização da pesquisa.

RESULTADOS

Grau de implantação

O Quadro I apresenta a Matriz de Análise e Julgamento com a pontuação observada em cada categoria. Os resultados do grau de implantação mostraram que o PCT estava “parcialmente implantado” nas UA1 e 2 do Caso 1, com proporções de 69% e 63%, respectivamente. No Caso 2, o hospital penal (UA3) atingiu 71%, sendo o programa nesta UA tido como “parcialmente implantado”. As UA4 e 5 do Caso 2 apresentaram “baixo nível de implantação”, com 48% e 39 %, respectivamente.

Quadro I – Matriz de Análise e Julgamento: Grau de Implantação do PCT nas Unidades Prisionais - Dimensão Implantação

DIMENSÃO IMPLANTAÇÃO		Fontes e tipos de coleta	Pontuação estimada PE (%)	% Pontuação observada: PO=($\sum PO/\sum PE$)*100				
				Caso 1 UA1	Caso 1 UA2	Caso 2 UA3 Hospital	Caso 2 UA4	Caso 2 UA5
CATEGORIAS	ACESSO	Entrevistas com: gestores, profissionais de saúde, agentes penitenciários e sentenciados.	10 (100)	50	60	80	55	25
	INFRAESTRUTURA		10 (100)	45	25	75	45	50
	BUSCA DE CASOS		10 (100)	85	65	50	40	30
	DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO CLÍNICO, LABORATORIAL E RADIOLÓGICO	Observação direta.	10 (100)	75	75	70	70	60
	TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Análise de prontuários. Análise documental. Livro de registro.	10 (100)	90	90	80	30	30
GI (\sum Obsrvado/ \sum estimado)*100			50 (100)	69%	63%	71%	48%	39%

No Caso 1, o estado tem um grande número de unidades prisionais dispersas por todo o território, em municípios com população que variava de 28 mil a mais de 11 milhões de habitantes. As UP do Caso 1 selecionadas para este estudo estavam localizadas, uma na região metropolitana e a outra no interior do estado. No Caso 2, o estado tem a maioria das UP localizadas em 4 municípios da região metropolitana, com população total de pouco mais de 7 milhões de habitantes. As UP selecionadas neste estado ficavam na capital do estado (duas) e na região metropolitana (uma). Todas as unidades de análise (UA) desse estudo foram prisões masculinas de regime fechado e/ou semiaberto, superlotadas (com exceção do hospital) e com número significativo de detentos em tratamento para tuberculose (Quadro II). A população carcerária em ambos os Casos era composta predominantemente por uma população jovem, com baixa escolaridade, proveniente de locais com más condições de vida e com maior incidência de tuberculose. Dados do Departamento Penitenciário Nacional (Brasil, 2014) mostram que 54,8% dos presos no Brasil tinham entre 18 e 29 anos de idade e 63,0% não tinham completado o ensino fundamental em dezembro de 2012, bem como 54,5% eram provenientes das regiões metropolitanas do país.

Quadro II – Unidades de Análise – Características

CARACTERÍSTICAS DAS UA	CASO 1		CASO 2		
	UA 1	UA 2	UA 3	UA 4	UA 5
Regime	Fechado e semiaberto	Fechado	Fechado	Semiaberto e Aberto	Fechado
Capacidade	852	1200	105	433	1400
Lotação*	1200	2200	105	497	1850
Capacidade das celas	3 a 6	6	Em torno de 10	18 a 52	50
Lotação por cela*	10 a 12	12 a 15	10	15 a 99	70 a 100
Casos TB**	10	20	105	4	12

* Lotação aproximada durante a coleta de dados na UP

**Nº de casos no período de coleta de dados

Fontes: Infopen, Entrevistas, Documentos das UP

Nas UP estudadas, predominou o regime fechado. Mesmo os detentos com direito ao regime semiaberto ou aberto tinham seu benefício postergado devido à morosidade jurídica. A permanência dos presos nas celas, quando poderiam estar fora das prisões, favorece a superlotação e, conseqüentemente, a maior possibilidade de transmissão da tuberculose.

No quadro III são apresentados tanto os aspectos favoráveis como os desfavoráveis à implantação das ações de controle da tuberculose nas unidades prisionais, que foram semelhantes nos dois casos selecionados.

Quadro III – Aspectos semelhantes dos Casos 1 e 2

FAVORÁVEIS	DESFAVORÁVEIS
Exame baciloscópico para diagnóstico e acompanhamento	Acesso à unidade de saúde decidido por agentes de segurança e/ou presidiários
	Carência de transporte e escolta dificultam sistema de referência
	Ventilação inadequada na unidade de saúde e na unidade prisional
Não houve falta de medicamentos para TB	Dificuldade para execução do incentivo financeiro
	Falta de recursos para as ações de saúde no sistema penitenciário
	Equipe de saúde desmotivada
Notificação dos casos	Equipe de saúde incompleta em uma das UA, com número insuficiente de médicos e de profissionais de enfermagem
	Dificuldade de comunicação nos casos de libertação ou transferência
	Condições de encarceramento (regime fechado + superlotação)

Os aspectos divergentes entre o Casos 1 e 2, tanto os favoráveis como os desfavoráveis, são apresentados no Quadro IV. No Caso 1 destacam-se aspectos mais favoráveis para o diagnóstico e tratamento. No Caso 2 a utilização de radiografia tem destaque nos aspectos favoráveis; entre os aspectos desfavoráveis destaca-se a ausência de busca ativa, tanto para os ingressos nas unidades prisionais estudadas como a busca periódica e para os contatos dos casos diagnosticados.

Quadro IV – Aspectos divergentes entre os Casos 1 e 2

	CASO 1	CASO 2
FAVORÁVEIS	<p>Localização da unidade de saúde no mesmo pavilhão dos alojamentos</p> <p>Publicação dos casos em tratamento (acesso diário)</p> <p>Campanhas de busca ativa</p> <p>Exame dos ingressos</p> <p>Exame dos contatos</p> <p>Oferta de teste anti-HIV para todos</p> <p>Cultura e TSA para todos os casos diagnosticados e sintomáticos</p> <p>Tratamento diretamente observado</p> <p>Acompanhamento dos casos pela equipe de saúde da UP</p>	<p>Unidades de saúde em boas condições</p> <p>Radiografia para todos os casos</p> <p>Rastreamento radiológico</p> <p>Acompanhamento dos casos por equipe específica</p>
DESFAVORÁVEIS	<p>Unidades de saúde em precárias condições</p> <p>Radiografia extramuros para poucos casos</p>	<p>Necessidade de escolta para acessar a unidade de saúde</p> <p>Carência de transporte e escolta dificultam o diagnóstico e início de tratamento para TB</p> <p>Deteção passiva dos casos</p> <p>Rastreamento radiológico interrompido</p> <p>Falta de recursos para oferta de teste anti-HIV, cultura e TSA para todos os casos</p> <p>Tratamento autoadministrado</p> <p>Dispensação semanal dos medicamentos</p> <p>Equipe de saúde da UP como “coadjuvante” no tratamento para TB</p>

Ações de implantação do programa observadas nos Casos 1 e 2

O acesso dos internos às unidades de saúde das UP dos Casos 1 e 2, por demanda espontânea, se dava através da solicitação feita ao agente de segurança, do envio de bilhetes ou da inclusão do nome em uma lista preparada pelos próprios presidiários.

O tempo de espera relatado para o atendimento foi de uma semana, na maior parte das vezes, podendo variar de acordo com a gravidade do caso e dos sintomas apresentados, uma vez que a decisão sobre quem seria encaminhado à unidade de saúde competia, por vezes, ao grupo de presos. No Caso 2, o tempo de espera para encaminhamento à unidade de saúde da UA5 podia prolongar-se por até quatro meses, em virtude da grande demanda e do número reduzido de profissionais de saúde.

Em geral, o atendimento inicial era feito por um profissional de enfermagem que podia decidir pelo encaminhamento à consulta médica, se julgasse necessário. A presença do médico na unidade de saúde variou entre as unidades prisionais, de uma a cinco vezes por semana.

O deslocamento dos internos das celas para as unidades de saúde das UP oferecia menos obstáculos no Caso 1, já que estas unidades de saúde se encontravam no mesmo pavilhão das celas e não havia necessidade de escolta. Já no Caso 2, as unidades de saúde se situavam em local externo ou em outro pavilhão, tornando necessária a escolta dos presos. A falta de meio de transporte e de escolta para os presos que necessitavam exames extramuros foi, em ambos os Casos, empecilho frequente para a realização de exames especializados na rede pública de saúde. No Caso 2, a falta de transporte e escolta também dificultava o exame do sintomático respiratório e o diagnóstico da TB, uma vez que atrasava a ida do detento ao hospital penal.

Em todas as UP estudadas, o acompanhamento rotineiro do tratamento era feito por profissionais de enfermagem. Em todos os casos de TB, a consulta médica estava prevista apenas para o início do tratamento e para o momento da alta. Na UA2 do Caso 1, a consulta médica era mensal, feita com a participação do enfermeiro. No Caso 2, o acompanhamento médico do paciente no hospital penal era feito semanalmente. Para os pacientes não hospitalizados do Caso 2, o acompanhamento era feito pela “equipe DOTS”, como era chamada a equipe vinculada à Coordenação de Saúde Penitenciária, composta por uma enfermeira, uma psicóloga e seis auxiliares de enfermagem que se dedicavam desde 2010 às ações de controle da tuberculose, fazendo o acompanhamento periódico dos pacientes nas UP da região metropolitana.

A estrutura física das unidades de saúde era precária: os consultórios não tinham ventilação adequada, não havia local para a coleta de escarro e faltavam recursos materiais básicos como mesa para exame e negatoscópio. As unidades de saúde do Caso 1 estavam em mau estado de conservação.

A equipe de saúde era insuficiente em duas das unidades prisionais estudadas, a UA2 do Caso 1 e UA5 do Caso 2. No hospital penal, mais da metade dos profissionais de saúde receberam algum tipo de treinamento sobre tuberculose nos últimos dois anos. No restante das UP, a maior parte não havia recebido qualquer tipo de capacitação e não utilizava o manual de recomendações para controle da tuberculose. A desmotivação dos profissionais em virtude dos baixos salários e das precárias condições de trabalho foi relatada em todas as unidades estudadas.

A busca ativa sistemática era realizada em forma de campanhas nas UA1 e 2 do Caso 1, com divulgação dos sintomas da TB e oferta de exame baciloscópico e

cultura para todos os sintomáticos. No Caso 2, não havia busca ativa em nenhuma das unidades estudadas, a identificação de casos se dava a partir da demanda espontânea.

O exame do preso que ingressava no sistema prisional era feito em até sete dias nas UA do Caso 1, pelo médico ou enfermeiro. Procedia-se à investigação dos sintomas respiratórios e da história prévia de TB. Aos sintomáticos eram solicitados o exame baciloscópico, a cultura e o Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos (TSA) e ofertado o teste anti-HIV. No Caso 2, a busca de casos entre os ingressos com exame físico, baciloscopia e raio X de tórax foi possível no período de agosto de 2010 a fevereiro de 2011, período em que a entrada dos presos era centralizada. Com o estabelecimento de outra entrada para os ingressos, houve dificuldade para operacionalizar os exames, devido a questões logísticas e à alta rotatividade na unidade.

O exame dos contatos dos detentos com TB diagnosticada era feito nas duas unidades estudadas do Caso 1, mas não acontecia no Caso 2, em virtude do grande número de detentos encerrados em uma mesma cela, o que dificultava ou inviabilizava a ação. Mais da metade dos pacientes em tratamento entrevistados na UA2 do Caso 1 disseram ter sido convocados a realizar o exame no momento da admissão ou por serem contatos de casos na mesma cela ou galeria, e se consideravam assintomáticos na ocasião.

Os contatos externos, familiares e visitantes não são abordados diretamente pelos profissionais de saúde do sistema prisional. Na UA3 do Caso 2, 62,5% dos pacientes entrevistados disseram já ter recebido informações para orientar seus familiares a procurarem as unidades de saúde externas para exame. Já nas UA4 e 5, 25% e 36,4% dos pacientes entrevistados tinham essa informação, respectivamente. No Caso 1, a situação é semelhante: enquanto na UA1 75% dos internos orientavam seus contatos externos, na UA2 a proporção foi de 45,5%. De maneira geral, os internos solicitavam que houvesse mais atividades de informação e divulgação. Atividades deste tipo só foram descritas na UA5, feitas periodicamente pela enfermeira da equipe DOTS, com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento e a detecção precoce dos casos.

O exame baciloscópico para diagnóstico e acompanhamento mensal, bem como a cultura e o TSA, eram feitos para todos os pacientes nas UA do Caso 1. Os laboratórios municipais e estaduais estabeleciam um número máximo de exames

semanais para cada UP. A cota de baciloscopias era, no entanto, suficiente e não havia dificuldade em incluir mais amostras, caso necessário. A cultura e o TSA também eram garantidos para todos, ainda que houvesse também cotas. Na UA1, por vezes, as cotas insuficientes davam origem a atraso. Já no Caso 2, a baciloscopia diagnóstica e mensal estava assegurada, mas a cultura e o TSA não eram realizados para todos, priorizando-se os casos de retratamento ou persistência de positividade na baciloscopia após dois meses de tratamento. A carência de recursos materiais no Caso 2 também impossibilitava a oferta do exame anti-HIV para todos os diagnosticados com TB, o que não era dificuldade no Caso 1. O exame radiológico, por outro lado, era feito para todos os sintomáticos respiratórios do Caso 2 que compareciam ao hospital penal para avaliação médica. No Caso 1, 26,3% dos detentos em tratamento relataram ter sido submetidos a radiografia para diagnóstico.

A centralização dos exames no hospital penal e o acompanhamento dos casos por equipe externa no Caso 1, resultava no desconhecimento, por parte da equipe de saúde da própria UP, da situação dos pacientes. Os profissionais de saúde consideravam que os pacientes com TB, embora recebessem o tratamento na UP, estavam sob responsabilidade do hospital penal, considerando-se apenas coadjuvantes no acompanhamento dos casos.

No sistema prisional dos estados estudados, a cobertura de baciloscopia para os casos novos foi, em 2011, de 97,9% no Caso 1 e de 90,4% no Caso 2. Os percentuais de testagem para HIV e cultura vinham aumentando em ambos os casos, mas com diferenças significativas: 82,1% e 36,3% de exames anti-HIV solicitados nos Casos 1 e 2, respectivamente, e 81,9% e 13,7% de culturas realizadas nos Casos 1 e 2, respectivamente, no mesmo ano de 2011¹⁶.

A notificação de todos os casos diagnosticados era feita ao município pelas unidades de saúde das UP do Caso 1, e pelo hospital penal do Caso 2.

O tratamento diretamente observado (TDO) por profissional de saúde era realizado nas UA do Caso 1 nos dias úteis. Nos fins de semana, a entrega do medicamento ficava sob responsabilidade do agente de segurança. No Caso 2, a dispensação dos medicamentos era feita semanalmente por profissional de saúde, sendo o tratamento autoadministrado. Considerando o conjunto de todas as UP dos estados estudados, a proporção dos casos de TB que recebiam tratamento diretamente observado foi, em 2011, de 56,1% no Caso 1, e de 14,4% no Caso 2¹⁶.

Quando da transferência de detentos para outra UP do Caso 1, acompanhava o detento um prontuário que continha também a ficha de notificação, a receita, os resultados de exames e ficha de controle do TDO, bem como um suprimento de medicamentos suficiente para 15 dias. Quando ocorria a libertação de um presidiário em tratamento, este recebia uma carta de encaminhamento à unidade de saúde externa e medicamentos em quantidade suficiente para quinze dias. Além disso, a UP comunicava a libertação do caso de TB à vigilância epidemiológica do município. Já no Caso 2, a comunicação entre as unidades de saúde das UP não era feita rotineiramente, em virtude da carência de recursos humanos e materiais. Com o objetivo de garantir o fluxo de informações nas transferências internas e externas, era fornecido ao preso, desde o início do tratamento, um registro com informações sobre seu diagnóstico, tratamento e resultados de exames. Quando tomavam ciência das transferências, os profissionais da “equipe DOTS” buscavam os pacientes nas unidades prisionais de destino para assegurar a continuidade do tratamento. Não havia qualquer rotina de comunicação entre o sistema penitenciário e o município ou o estado, que possibilitasse comunicar as altas.

Discussão

Este estudo mostrou que as ações do PCT não estão totalmente implantadas nas prisões estudadas em dois dos estados com maior população prisional, altas taxas de incidência de tuberculose e situação econômica melhor do que a média do país. Reichard et al.¹⁷ também encontraram variações e deficiências na implantação das normas de controle da TB nas prisões americanas, como: demora no rastreamento e isolamento dos casos suspeitos e dificuldade de acompanhamento para os casos transferidos entre UP ou libertados.

O hospital penal específico para o tratamento de casos de tuberculose, a unidade com o maior grau de implantação neste estudo, dispunha de mais recursos humanos, laboratoriais e radiológicos e oferecia acesso mais fácil dos pacientes internados aos profissionais de saúde. Estudos realizados em outros países mostram que o tratamento da tuberculose na população privada de liberdade é feito, na maior parte das vezes, em unidades ambulatoriais^{18,19,20}. Um artigo publicado em 2004 descreve que o tratamento nas prisões do Malawi era feito, nas primeiras duas semanas, em hospitais próximos às unidades prisionais²¹. Um estudo posterior, feito no mesmo país,²² revelou que o tratamento da tuberculose era efetuado nas próprias

prisões e que poderia haver a transferência de um prisioneiro com o diagnóstico de TB pulmonar bacilífera para a prisão mais próxima que dispusesse de uma equipe de saúde.

São aspectos convergentes entre os dois casos estudados o acesso inicial do preso à unidade de saúde dependente da autorização do agente de segurança e/ou de um grupo de detentos; o número de profissionais de saúde desmotivados com as condições de trabalho e sem treinamento periódico; o investimento insuficiente; e a carência de transporte e escolta adequados às ações de saúde extramuros. Souza et al.²³, em um estudo realizado em prisões do nordeste do Brasil, verificaram que a decisão de permitir o acesso aos serviços de saúde era tomada por profissionais da área de vigilância e disciplina e que esse era um fator que contribuía para o atraso no diagnóstico e para a dificuldade de controle da TB no sistema prisional. A insuficiência de recursos humanos e materiais mostrou-se, em outro estudo, prejudicial à execução das ações de saúde²⁴. A falta de coordenação entre as unidades de saúde das prisões e o sistema de saúde extramuros resultou, em estudo apresentado por Castro²⁵, na indefinição de responsabilidades nas ações de saúde nas prisões, comprometendo também, de acordo com outros estudos, o sistema de informação e a continuidade do tratamento dos egressos^{17,19,23}. O sistema de registro e notificação está presente, mas ainda carece de aperfeiçoamento.

O exame de ingressos, a busca ativa dos sintomáticos e o TDO eram realizados de forma sistemática nas UA do Caso 1. Entretanto, a entrega dos medicamentos pelo agente de segurança, como acontecia nos fins de semana nestas unidades, não é recomendada pelo PNCT³, por descaracterizar o TDO como uma ação exclusiva dos profissionais de saúde e pelo risco de constituir-se em um elemento de pressão. Alguns estudos destacaram que manter a continuidade das ações de busca ativa e de supervisão do tratamento é importante para aumentar a detecção de casos e as taxas de cura e para reduzir o abandono^{21,22}. Entretanto, outros estudos recentes^{26,27,28,29} consideram que não há evidências significativas de melhores resultados de tratamento entre os casos detectados através de busca ativa. Segundo Golub e Dowdy²⁷, ainda que o rastreamento possa reduzir o atraso no diagnóstico, evitar o agravamento da doença e reduzir a transmissão, principalmente em populações sob maior risco de infecção e adoecimento, a falta de recursos e as dificuldades operacionais podem prejudicar a efetividade dessa estratégia. Lönnroth

et al.²⁸ ressaltam que os exames para confirmação diagnóstica devem ser garantidos aos suspeitos de TB ativa identificados através de triagem.

A baciloscopia, feita nas UA do Caso 1 em ingressos, contatos e detentos com algum sintoma, mostrou-se um exame com pouca sensibilidade para o rastreamento e diagnóstico. Como a investigação bacteriológica incluía também a cultura, aumentavam as chances de diagnóstico, ainda que tardiamente. No Caso 2, o rastreamento radiológico apresentou melhor desempenho, inclusive na detecção de suspeitos assintomáticos, como destacam Sanchez et al.³⁰ e Legrand et al.³¹, mas esbarrou em dificuldades logísticas que impediram a continuidade da ação. Além disso, o exame de contatos era inviável, em virtude do grande número de prisioneiros por cela, aspecto também mencionado por Larouze et al.³². A detecção e acompanhamento dos casos através da microscopia de escarro tem sido implantada, bem como a garantia de medicamentos padronizados.

Ainda que sua efetividade seja objeto de discussão, a estratégia *Directly Observed Treatment, short-course* (DOTS) continua a ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde³³. O primeiro de seus componentes, o compromisso político com a mobilização de recursos para o controle da tuberculose, essencial para a operacionalização das ações, tem-se mostrado deficiente no sistema prisional³². O tratamento diretamente observado, implantado nas UA do Caso 1, não é previsto nas do Caso 2 sob o argumento de que pode parecer coercitivo e autoritário em um meio em que os detentos já são submetidos a várias pressões. Um modelo menos rígido de TDO, com apoio às necessidades do paciente e incentivo ao seu tratamento pode alcançar melhores resultados³⁴.

A percepção dos agentes de segurança sobre os direitos dos encarcerados não difere, em estudo recente, da apresentada pela maior parte da população brasileira, que demonstra hostilidade aos direitos dos apenados e apoia medidas de endurecimento da execução penal^{24,35}. Os agentes de segurança que haviam recebido treinamento sobre tuberculose ou eram profissionais da área de saúde reconheciam a importância das ações de saúde para o indivíduo e para a coletividade. Atividades educativas e de sensibilização são necessárias para os agentes de segurança e profissionais administrativos das prisões, para que a tuberculose seja uma preocupação compartilhada³².

A análise de implantação permitiu especificar o conjunto dos fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção³⁶ e discriminar a contribuição dos

componentes verdadeiramente implantados do programa para a produção dos efeitos¹⁵. Esta avaliação do programa foi útil para compreender o que contribuiu para os aspectos exitosos do programa, para o alcance de suas metas e para identificar seus limites³⁷.

A definição, feita com base nas diretrizes para o controle da tuberculose, de critérios e parâmetros explícitos *a priori* para guiar o julgamento, permitiu uma análise objetiva das categorias escolhidas para avaliar o grau de implantação do programa. A valoração é estabelecida não só sobre o observado, mas a partir do que é construído sobre o observado, com base em conhecimento e experiências de outros atores^{38,39}. A validação dos critérios, dos parâmetros e da pontuação utilizados na matriz de análise e julgamento é possível através do consenso entre avaliadores, gestores e técnicos do programa^{40,41,42}. No entanto, a construção do consenso por meio de oficinas para análise dos resultados e definição de indicadores não foi possível neste estudo, devido à dificuldade institucional dos atores em participar de todo o processo. O grupo de pesquisa optou por atribuir o mesmo valor a todas as categorias, por considerá-las igualmente relevantes.

A pequena mobilização dos atores envolvidos na saúde do sistema penitenciário durante este estudo avaliativo leva-nos a questionar o seu potencial como veículo de mudanças. Os resultados de uma avaliação não geram automaticamente uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas possam contribuir para o julgamento de uma intervenção por parte das instâncias de decisão e influir positivamente nas suas intenções estratégicas.

A partir da análise de implantação feita neste estudo, as recomendações em vigor, que demandam maior atenção podem ser sintetizadas: que as ações de busca ativa sejam enfatizadas tanto no ingresso do detento como através de exames periódicos e dos contatos; que o TDO seja feito para todos de forma a esclarecer dúvidas, promover a educação em saúde e evitar o uso indevido dos medicamentos; e que a comunicação entre os profissionais de segurança e os da saúde nas UP, entre as unidades prisionais por ocasião das transferências, e entre o sistema penitenciário e o sistema de saúde nas situações de livramento, seja feita de forma a evitar a interrupção do tratamento dos pacientes, aumentando desta forma as taxas de cura e, conseqüentemente, reduzindo a transmissão da doença no ambiente prisional. Em última análise, o impacto desse conjunto de medidas pode beneficiar a própria

equipe de saúde ao propiciar evolução favorável dos casos e reduzir a transmissão da doença.

O estudo demonstrou que o modelo teórico proposto poderá ser utilizado em outros locais (replicação do modelo), visto que a orientação normativa para o controle da tuberculose prisional é comum para todo o país, ainda que haja particularidades.

Referências:

- 1 – WHO. Global Tuberculosis Report 2013. World Health Organization, 2013
- 2 – OPAS, Guia para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de America Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS, 2008
- 3 – Brasil, Ministério da Saúde. SVS. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, 2010
- 4 – Barreto ML et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. In: The Lancet Series, Serie Brasil. Maio, 2011. Disponível em www.thelancet.com/series/health-in-brazil
- 5 – Sanchez AR. Tuberculose em população carcerária do Estado do Rio de Janeiro: prevalência e subsídios para formulação de estratégia de controle. [Tese de doutorado]. ENSP/Fiocruz, 2007
- 6 – Parvez FM. Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional Facilities. In: Greifinger RB. Public Health Behind Bars: from prisons to communities. Springer. New York, 2007
- 7 – WHO. Tuberculosis in prisons. Disp: <http://www.who.int/tb/challenges/prisons>
Acesso em 20/06/2013
- 8 – Ruiz F, Lopez G. Documento de consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas. Rev Esp Sanid Penit 12: 64-78, 2010
- 9 – Brasil. Ministério da Saúde SAS/DAPES. Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília : Ministério da Saúde, :123-150, 2010
- 10 – Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. Cad Saúde Colet, Rio de Janeiro, 20 (2): 250-7, 2012
- 11 – Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre : Bookman, 2005

- 12 - Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40
- 13 – Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo :Edições 70, 2011
- 14 – Natal S et al. A implementação do Projeto Estratégico de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação das Secretarias de Saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira da Silva LM (org). *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde – teoria e prática*. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, :341-367, 2008
- 15 – Denis JL & Champagne F. *Análise de implantação*. IN: Hartz ZMA (org). *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.49-88, 1997
- 16 – Brasil. Ministério da Saúde. *Dados sobre TB prisional fornecidos pela Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário e PNCT/MS à Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza*, Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, 2013.
- 17 – Reichard AA et al. Assessment of Tuberculosis Screening and Management Practices of Large Jail Systems. *Public Health Reports*, v.118 :500-507, 2003
- 18 – Balabanova Y et al. The Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS) strategy in Samara Oblast, Russian Federation. *Respiratory Research*, 2006, 7:44
- 19 – Aerts A et al. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *Int J Tuberc Lung Dis* 10(11):1215–1223, 2006
- 20 – Sosa LE et al. Outbreak of tuberculosis in a correctional facility: consequences of missed opportunities. *Int J Tuberc Lung Dis*, 12(6):689–691, 2008
- 21 – Harries AD et al. Tuberculosis control in Malawian prisons: from research to policy and practice. *Int J Tuberc Lung Dis* 8(5):614–617, 2004
- 22 – Kanyerere HS et al. Surveillance of tuberculosis in Malawian prisons. *Public Health Action* 2 (1) :10-14, 2012
- 23 – Souza KMJ et al. Atraso no diagnóstico da Tuberculose – Sistema Prisional. In: Villa TCS e Ruffino Netto A. *Diagnóstico da Tuberculose: Avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil*. FUNPEC Ed, Ribeirão Preto, 2011
- 24 – Magalhães CA e Moura E. Direitos humanos, pena de morte e sistema prisional. In: Venturi G (org). *Direitos humanos: percepções da opinião pública*:

análises de pesquisa nacional. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, p. 76-91, 2010

25 – Castro VD. Saúde nas prisões: um estudo da implementação do programa de controle da tuberculose em uma unidade do sistema penitenciário.[Dissertação de mestrado]. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.

26 – Kranzer K et al. The benefits to communities and individuals of screening for active tuberculosis disease: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis* 17(4):432–446, 2013

27 – Golub JE, Dowdy DW. Screening for active tuberculosis: methodological challenges in implementation and evaluation. *Int J Tuberc Lung Dis* 17(7):856–865, 2013

28 – Lönnroth K et al. Systematic screening for active tuberculosis: rationale, definitions and key considerations. *Int J Tuberc Lung Dis* 17(3):289–298, 2013

29 – Geisler SS et al. Screening for tuberculosis in asylum seekers: comparison of chest radiography with an interview-based system. *Int J Tuberc Lung Dis* 14(11):1388–1394, 2010

30 – Sanchez A et al. Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison. *Int J Tuberc Lung Dis* 9(6):633–639, 2005

31 – Legrand J et al. Modeling the Impact of Tuberculosis Control Strategies in Highly Endemic Overcrowded Prisons. *PLoS ONE* 3(5), 2008

32 – Larouze B, Sanchez A, Diuana V. Tuberculosis behind bars in developing countries: a hidden shame to public health. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 102 :841-842, 2008

33 – WHO. Treatment of tuberculosis: guidelines, 4th ed. WHO, 2010

34 – Oliveira LGD, Natal S, Chispim PPM. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. *Rev. APS, Juiz de Fora*, 13(3) :357-364, 2010

35 – Cano I. Direitos humanos, criminalidade e segurança pública. In: Venturi G (org). Direitos humanos: percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, :65-75, 2010

36 – Champagne F et al. A Análise da Implantação. In: Broussele A et al. (org) Avaliação: conceitos e métodos. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011

- 37 – Minayo MCS. Conceito de Avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS et al. (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro :Ed Fiocruz, :19-51, 2005
- 38 – Santos SEM et al. Avaliadores in situ(ação). Reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/Aids. In: Campos RO; Furtado JP (org.). Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. Campinas, SP :Editora da Unicamp :205-235, 2011
- 39 – Ristoff DI. Algumas definições de Avaliação. Revista da Rede de Avaliação Institucional de Educação Superior. 8(1):19-30, 2003
- 40 – Assis SG et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG e Souza EC (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, :105-132, 2005
- 41 – Medina MG et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM (org). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador :EDUFBA; Rio de Janeiro :Fiocruz, 2005
- 42 – Alves CKA et al. Interpretação e Análise das informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I et al. (org). Avaliação em Saúde: Base conceituais e operacionais. Rio de Janeiro :Medbook, :89-107, 2010

A INFLUÊNCIA DAS DIMENSÕES EXTERNA E POLÍTICO-ORGANIZACIONAL NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS PRISÕES BRASILEIRAS

The influence of external and political-organizational contexts in tuberculosis control program implementation in Brazilian prisons

Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB

Resumo

Um estudo de casos múltiplos foi realizado no sistema penitenciário de dois estados brasileiros. Os níveis de análise foram as dimensões externa e político-organizacional, a implantação e os efeitos alcançados. O Grau de Implantação determinado para esses casos demonstrou que o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) não está plenamente implantado nas unidades prisionais brasileiras. O objetivo deste estudo foi analisar a influência das características contextuais do meio na implantação do programa e a influência dos diferentes graus de implantação nos resultados observados. Os resultados mostraram que o contexto com mais vulnerabilidade social, maior taxa de incidência de tuberculose e menor disponibilidade de recursos associou-se a um baixo nível de implantação do programa. Os desfechos do tratamento da tuberculose, nos dois casos, foram melhores onde havia unidades prisionais com o programa parcialmente implantado do que no caso em que havia prisões com baixo nível de implantação. Os resultados do estudo sugerem que o grau de implantação e o contexto contribuíram simultaneamente para os efeitos observados.

Palavras chave: tuberculose, prisões, avaliação de programas de saúde

Abstract

The Tuberculosis Control Program (TCP) is not fully implemented in Brazilian prisons. The aim of this study was to analyze the influence of contextual characteristics of the environment in the implementation of the program and the influence of distinct levels of implementation in the observed results. A multiple cases study was conducted in two Brazilian state prison systems. Levels of analysis were the external, political and organizational dimensions, the implementation and the results achieved. The results showed that the context most socially vulnerable social, with highest incidence of tuberculosis and lower availability of resources was associated with a low level of program implementation. Treatment outcomes of tuberculosis in the state prison system were better where prisons had TCP partially implemented than in the case which prisons had a low level of program implementation. The results of the study suggest that the level of implementation and the context in which it took place contributed simultaneously to the observed results.

Keywords: tuberculosis, prisons, evaluation of health programs

Agradecimento: Esta pesquisa recebeu o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 067/2009

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil tem obtido progressos inegáveis em relação aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, abrangendo as áreas social, econômica e de saúde¹. As melhorias nas condições de saúde podem ser atribuídas tanto a mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde quanto ao movimento de reforma sanitária e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. De acordo com o IBGE², embora as desigualdades ainda estejam muito presentes no país, uma tendência de redução vem se consolidando.

As taxas de prevalência e mortalidade por tuberculose no Brasil têm apresentado queda nas duas últimas décadas, embora haja diferenças regionais com maiores níveis em estados com maior prevalência de infecção por HIV ou com menor acesso aos serviços de saúde³. Nas áreas urbanas, a incidência e a mortalidade por tuberculose também apresentam diferenças conforme as condições socioeconômicas. A redução da exclusão social de alguns subgrupos e a garantia do seu acesso aos serviços de saúde ainda são desafios para o SUS¹.

A população privada de liberdade (PPL) no Brasil é, em geral, oriunda de ambientes com precárias condições de vida, ideais para a manutenção da transmissão de doenças. Nas unidades prisionais, as condições ambientais, como ventilação inadequada, superlotação e ausência de luz solar, somadas à alta prevalência da tuberculose, favorecem a transmissão intrainstitucional. Essas condições estão em desacordo com a Lei de Execução Penal⁴, que determina o alojamento do preso em cela individual com aparelho sanitário e lavatório, tendo como requisitos básicos a salubridade do ambiente com aeração, insolação e condicionamento térmico adequados, e área mínima de 6 m². Somado a isso, a taxa de infecção pelo HIV, maior que na população em geral, o uso de drogas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a alta frequência de reincarceramento, bem como de tratamento anterior para tuberculose são fatores que contribuem para a elevada prevalência da doença no sistema prisional e para a maior probabilidade de ocorrência de formas resistentes decorrentes de tratamentos irregulares⁵.

As ações de controle da tuberculose no sistema prisional brasileiro foram normatizadas em 2003 por meio do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP)⁶ e das recomendações do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT) em 2010⁷. Cada unidade federativa planeja e executa seu Plano Operacional Estadual (POE) de Saúde Penitenciária, podendo haver formas

distintas de organização e gerenciamento das ações. A integração entre as instâncias da administração penitenciária e da saúde nos âmbitos federal, estaduais e municipais é de fundamental importância para o desenvolvimento das ações com protocolo estabelecido por profissionais motivados e capacitados, de forma a promover o diagnóstico precoce e o tratamento exitoso^{6,8,9}. Para além da abordagem biomédica e educativa, medidas de melhoria das condições ambientais são necessárias para o controle da endemia no ambiente prisional¹⁰.

De acordo com o PNSSP, o financiamento dos programas de saúde nas prisões é compartilhado pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, com a participação das instâncias estaduais de Administração Penitenciária e Saúde⁶. O incentivo financeiro para atenção à saúde penitenciária, criado em 2003, destina-se a unidades prisionais com número acima de 100 pessoas presas e que tenha unidade de saúde própria com equipe mínima¹¹. Entretanto, a partir de fevereiro de 2010, o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) suspendeu a transferência de recursos do Fundo Penitenciário Nacional para o Fundo Nacional de Saúde correspondentes ao Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário¹² (Brasil, 2010). Por sua vez, o Ministério da Saúde, em novembro de 2011, suspendeu temporariamente o repasse dos recursos do Fundo Nacional de Saúde correspondentes ao referido incentivo financeiro para os fundos estaduais e/ou municipais de saúde dos estados e municípios que apresentavam pendências quanto ao envio do Relatório Anual de Gestão e à execução dos recursos financeiros¹³. A Secretaria Municipal de Saúde dos municípios que sediam unidades prisionais contribuem com a execução de exames complementares e ações de maior complexidade e são responsáveis pela assistência hospitalar aos apenados. As metas pactuadas pelo PNSSP⁶ e PNCT⁷ para o controle da tuberculose são, entre outras, um percentual de cura de pelo menos 85%, que visa à redução da transmissão para novos pacientes diminuindo a ocorrência de casos novos, e a redução do abandono a menos de 5%, que objetiva um melhor prognóstico do tratamento e a redução do risco de ocorrência de resistência às drogas de primeira linha.

Apesar do aumento do acesso às ações e serviços de saúde nesses dez anos do PNSSP, alguns impasses ainda limitam a garantia do direito à saúde de pessoas privadas de liberdade. A recente instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP),

através da Portaria Interministerial nº 1/2014¹⁴, objetiva incluir a saúde prisional nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, ampliando e qualificando os serviços de saúde para a população privada de liberdade, de modo a propiciar um cuidado integral e humanizado.

A análise de implantação, segundo Denis e Champagne¹⁵, objetiva entender as condições de implantação das intervenções, as variações contextuais e os processos de produção dos efeitos. A implantação refere-se à integração de um projeto ou plano a um ambiente e a um contexto político-organizacional com características particulares e podem interagir de formas diferentes com os elementos da intervenção¹⁶. Para analisar as relações entre uma intervenção e o seu contexto, Denis e Champagne¹⁵ sugerem os seguintes componentes: (1) análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção, (2) análise da influência da variação do grau de implantação sobre os efeitos observados e (3) análise da influência das interações entre a intervenção propriamente dita e o contexto em que ela se dá sobre os efeitos observados. Na análise dos determinantes contextuais pode-se verificar, por exemplo, que mecanismos de colaboração entre os diferentes atores e como sua crença no mérito das atividades e nos componentes do programa podem influenciar a implantação¹⁶. Já a análise da influência do grau de implantação sobre os efeitos observados pode identificar os elementos que favorecem e os que dificultam a obtenção dos resultados. A interação entre uma intervenção e o seu contexto na produção dos efeitos observados pode manifestar-se por sinergia ou antagonismo entre diferentes fatores. A interação sinérgica se dá quando o efeito conjunto de dois fatores é superior ao que resulta da soma dos fatores tomados separadamente, e é antagônica quando o efeito de um fator é bloqueado ou diminuído pela presença do outro¹⁶.

Este artigo é uma das etapas do estudo “Avaliação da Implantação do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) no Sistema Penitenciário Brasileiro”. Na primeira etapa, correspondente ao estudo de avaliabilidade, foi descrita a intervenção a ser avaliada e elaborados os Modelos Teórico e Lógico do Programa, verificando-se a existência de diferentes modelos de organização nos Casos selecionados¹⁷. A segunda etapa, correspondente ao Estudo de Caso¹⁸, realizada em cinco unidades prisionais de dois estados brasileiros, evidenciou diferentes graus de implantação nas unidades estudadas¹⁹.

No presente estudo, foi feita a análise das influências contextuais sobre o grau de implantação do PCT no sistema prisional e sobre os efeitos alcançados pelo programa, a partir dos resultados encontrados nas etapas anteriores.

MÉTODOS

Foi realizado um Estudo de Casos Múltiplos^{18,20}, com abordagem qualitativa. Os critérios para a seleção dos dois Casos foram: a existência de um programa de controle da TB implantado, com tratamento ambulatorial e/ou hospitalar próprios; a possibilidade de realizar o diagnóstico laboratorial; a existência de grande número de casos novos de TB registrados e de grande número de detentos. Foram consideradas somente as unidades com detentos do sexo masculino, gênero com maior prevalência de TB e em maior número no sistema carcerário. Os casos selecionados, os Sistemas de Saúde Penitenciária Estaduais, tiveram como unidades de análise duas Unidades Prisionais (UP) cada um e, em um dos Casos, acrescidas de um hospital penal, onde as ações de diagnóstico, início de tratamento e registro de informações eram centralizadas, sendo necessária, por esta razão, a sua inclusão entre as unidades de análise.

As dimensões utilizadas no Modelo Teórico do Programa foram a externa, a político-organizacional, a implantação propriamente dita e os efeitos.

Na dimensão externa, que corresponde ao contexto estadual, foram consideradas as subdimensões *vulnerabilidade social* e *compromisso político*. Foram consideradas para esta subdimensão as categorias referentes aos aspectos demográficos, à situação socioeconômica da população, à dinâmica populacional da PPL e às condições de saúde da população em geral e da PPL no que diz respeito à suscetibilidade à tuberculose. A subdimensão *compromisso político*, entendida como a responsabilidade pelo desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, foi aqui evidenciada pelo apoio logístico para as ações de saúde, tanto por parte das secretarias de saúde como das secretarias de administração penitenciária. Para esta subdimensão, as categorias referem-se ao investimento de recursos estaduais para a saúde da população em geral e da PPL.

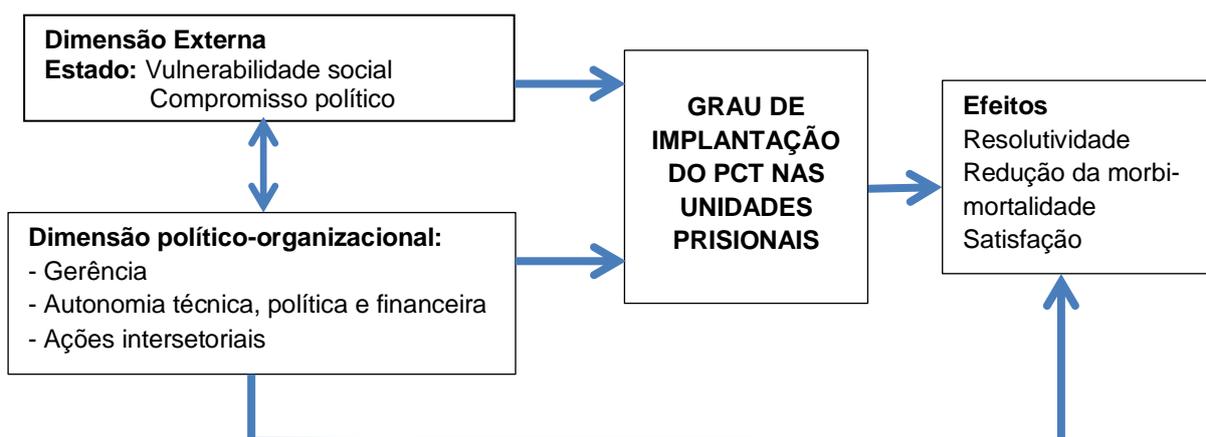
Na dimensão político-organizacional, as subdimensões analisadas foram: *Autonomia técnica e político-financeira*, *Ações intersetoriais* e *Gerência*. Para a *Autonomia*, as categorias Gestão do POE e Utilização do incentivo financeiro indicaram a participação dos gestores e dos profissionais de saúde no planejamento e na

decisão sobre os recursos e ações do programa. A subdimensão *Ações intersetoriais* envolveu a integração entre as áreas de saúde e segurança com o objetivo de garantir a execução das ações de controle da tuberculose nas unidades prisionais. E, finalmente, na *Gerência* foram consideradas as formas de organização do PCT no sistema penitenciário dos estados e os fluxos estabelecidos para as ações de diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos casos.

A dimensão implantação corresponde à execução das ações de controle da TB no sistema penitenciário como normatizado e os efeitos considerados foram a resolutividade das ações de saúde, a redução da morbimortalidade por TB e a satisfação da população prisional com a atenção à saúde.

A figura 1 apresenta as dimensões externa e político-organizacional e sua relação com a implantação e com os efeitos do programa. Os determinantes contextuais externos e político-organizacionais podem influenciar de maneira sinérgica ou antagônica a implantação das ações de controle da tuberculose nas unidades prisionais, ou, ainda, interagir de forma a exercer influência sobre a implantação dessas ações. O grau de implantação do programa influencia os efeitos atribuídos ao mesmo. A interação entre as dimensões externa, político-organizacional e a implantação, por sua vez, pode também influenciar os efeitos observados.

Figura 1: Dimensões de análise da implantação do PCT no sistema prisional



Para analisar a influência das dimensões externa e político-organizacional no grau de implantação observado nos dois casos, tomou-se como variável dependente o grau de implantação da intervenção. Foi, ainda, analisado como as variações no grau de implantação fizeram variar os efeitos atribuídos à intervenção. Nesse caso,

a variável dependente foi o efeito postulado. Verificou-se, ainda, se a interação entre a intervenção e o seu contexto influenciavam os efeitos da intervenção.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e observação em campo. Foram selecionados para cada caso coordenadores de saúde penitenciária, profissionais de saúde, agentes de segurança e detentos em tratamento para tuberculose. Os coordenadores de saúde penitenciária designaram outros profissionais da coordenação. Nas unidades de análise, todos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, dentistas) foram entrevistados, excluindo-se apenas os que estavam ausentes no período de coleta de dados ou os que se recusaram a participar da pesquisa. Os 14 agentes de segurança entrevistados foram selecionados em conjunto com o diretor de saúde da UP (Caso 1) ou com o chefe de segurança (Caso 2), priorizando-se aqueles que prestavam serviços mais diretamente ligados às unidades de saúde. Foram entrevistados 42 detentos em tratamento para tuberculose. Em uma das UA com maior número de pacientes com TB, as entrevistas foram encerradas a partir do momento em que as respostas se tornaram repetitivas, sugerindo saturação. No hospital penal foram selecionados 8 pacientes, uma vez que 100% deles estavam em tratamento para TB.

Os dados secundários foram provenientes de documentos e normas do programa, legislação de saúde penitenciária, Planos Operativos Estaduais (POE), informações fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (Infopen), Relatórios de gestão e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo²¹, com agrupamento das informações extraídas conforme as categorias definidas nas dimensões estudadas. Os dados quantitativos foram apresentados de forma descritiva. Também foi utilizada a triangulação entre os dados^{20,22} obtidos através das entrevistas e observações de campo e as evidências encontradas nos documentos e nas diversas fontes secundárias.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Parecer CEP/ENSP Nº 13477/12). As Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária dos dois estados aprovaram formalmente a realização da pesquisa.

RESULTADOS

A proposição de correlacionar as dimensões externa e político-organizacional com as variações no grau de implantação do programa implicou na utilização dos resultados da segunda etapa do estudo¹⁹, que evidenciou uma implantação parcial do PCT nas unidades prisionais do Caso 1 e no hospital penal, e um baixo nível de implantação nas prisões do Caso 2. O Caso 1 teve como fatores favoráveis à implantação do programa: a maior possibilidade de realizar exames laboratoriais (cultura, TSA, HIV), o desenvolvimento de ações de busca ativa e o tratamento diretamente observado (TDO). O Caso 2, que contava com hospital e laboratório próprios para tuberculose, teve maior limitação de recursos, dificuldades logísticas para as ações de rastreamento e não adotava o TDO.

Os resultados do presente estudo, cujos principais aspectos são descritos abaixo, mostraram que as dimensões externa e político-organizacional foram, no Caso 1, mais favoráveis ao controle da tuberculose no sistema penitenciário do que no Caso 2, influenciando o grau de implantação do programa. A informação sobre os desfechos de tratamento foi precária em ambos os Casos, o que limitou a análise da influência das dimensões externa, político-organizacional e de implantação sobre os efeitos atribuídos ao programa.

Análise da Influência nos Casos 1 e 2

Dimensão externa

Embora o Caso 1 apresentasse maior volume de população carcerária e maior déficit de vagas no sistema penitenciário, a maior vulnerabilidade social do Caso 2 pode ter contribuído para uma maior incidência da doença no sistema penitenciário do estado em questão. O Caso 2 contava com maior densidade demográfica e maior proporção de residentes em aglomerados subnormais (Quadro I). As taxas de incidência de TB e a prevalência de aids também foram mais altas no Caso 2, aumentando a suscetibilidade à transmissão e ao adoecimento. Em ambos os Casos houve grande crescimento da população privada de liberdade nos últimos 5 anos, sendo este crescimento maior no Caso 2.

Em ambos os estados, foram descritas grandes dificuldades para efetivar a execução do recurso do incentivo financeiro para unidades prisionais que contassem com equipes mínimas de saúde atuantes, recurso este que havia sido repassado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça. Houve a suspensão do envio deste

incentivo para ambos os estados em virtude do não envio do Relatório Anual de Gestão e da baixa execução dos recursos financeiros.

Verifica-se, portanto, que em ambos os estados há uma dimensão externa desfavorável ao controle da tuberculose no sistema prisional (Quadro I), destacando-se o Caso 2 por sua situação epidemiológica, pelas precárias condições de vida de parcela importante da população, e também pelo investimento financeiro insuficiente para a realização das ações com qualidade.

A superlotação das unidades prisionais, com condições ambientais precárias, constitui uma barreira no controle da doença no sistema penitenciário de ambos os estados estudados.

Quadro I – Análise cruzada dos casos: Dimensão Externa (Adaptado de Stake, 2006)

Subdimensões	Fatores	Caso 1	Caso 2
Vulnerabilidade social à infecção e adoecimento por TB	Condições de vida	Desfavorável Alta densidade demográfica, proporção de residentes em aglomerados subnormais semelhante à taxa nacional.	Muito desfavorável Alta densidade demográfica e alta proporção de residentes em aglomerados subnormais*.
	Incidência de tuberculose e prevalência de HIV/Aids	Desfavorável Incidência de TB pouco maior que a nacional na população em geral e menor na PPL. Alta prevalência de HIV/Aids.	Muito desfavorável Incidência de TB maior que a nacional tanto na população em geral como na PPL. Alta prevalência de HIV/Aids.
	Relação entre rendimento médio mensal**	Favorável 11,9 Abaixo da Média nacional.	Desfavorável 15,2 Semelhante à Média nacional.
Compromisso político	Recursos estaduais aplicados na saúde	Favorável 11,0%	Favorável 12,0%
	Recursos da Administração Penitenciária aplicados na saúde	Favorável 1,7%	Favorável 1,0%
	Excedente populacional no sistema penitenciário estadual	Muito desfavorável 47,7%	Desfavorável 28,4%

* Setores censitários localizados em favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros assentamentos irregulares

** Relação (A/B) entre o rendimento médio mensal familiar per capita das famílias com rendimento dos 20% mais ricos (A) e dos 20% mais pobres (B) no estado

A política de recursos humanos serve tanto à dimensão externa, como capacidade de governo, quanto à dimensão organizacional. As queixas quanto à desvalorização dos profissionais de saúde, seus baixos salários e más condições de trabalho foram

unânicos nos dois estados. No Caso 2, a demissão solicitada por grande parte dos médicos do hospital penal durante a realização desta pesquisa mostrou a gravidade da situação. Não foram tomadas providências imediatas para solucionar a falta de médicos por parte das secretarias de Administração Penitenciária e/ou de Saúde, conforme relatado em fóruns de saúde penitenciária no estado.

Dimensão político-organizacional

As formas de organização da saúde penitenciária e do PCT nos casos estudados eram distintas (Quadro II). No Caso 1, em que havia um grande número de unidades prisionais (UP) dispersas por todas as regiões do estado, o gerenciamento do PCT prisional integrava a coordenação da saúde penitenciária e a Secretaria Estadual de Saúde (SES)/Coordenação do PCT. No Caso 2, com UP concentradas na região metropolitana, esta gerência cabia a um profissional qualificado da saúde penitenciária, que organizava a capacitação de recursos humanos, a busca de casos, o acompanhamento do tratamento autoadministrado dos casos por equipe própria e que era também o responsável pela organização do sistema de informação.

A oferta de vagas hospitalares para todos os tipos de internação, em hospitais próprios do sistema prisional ou reservadas pelo sistema de saúde, foi, em relação ao total de detentos, de aproximadamente uma para 152, no Caso 1, e de uma para 46, no Caso 2. Inexistem padrões nacionais ou internacionais validados para análises comparativas do número de leitos hospitalares (SUS) por habitante, pois o indicador expressa uma combinação de fatores inerentes a realidades regionais ou locais distintas²⁴. Cabe ressaltar, porém, que o número de leitos ofertados à população em geral é proporcionalmente menor que o dos ofertados à PPL. Vale dizer, ainda, que os hospitais penitenciários estavam localizados nas regiões metropolitanas de ambos os estados, o que pode constituir um fator facilitador no Caso 2, visto que a maior parte das unidades prisionais deste estado localizava-se nesta região. No Caso 1, as prisões distantes da capital contavam com a rede de hospitais públicos e conveniados dos municípios-sede.

A hospitalização para os casos de tuberculose é recomendada pelo PNCT²⁵ somente em casos especiais, como a intolerância incontrolável aos medicamentos antiTB; o estado geral que não permita o tratamento ambulatorial; as intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não à TB que necessitem de tratamento e/ou

procedimento em unidade hospitalar; e casos em que possa ser identificada maior possibilidade de abandono. No sistema carcerário pode também haver indicação de internação para os detentos que encontram-se em unidades prisionais ou delegacias que não contem com unidade de saúde. O período de internação deve ser reduzido ao mínimo possível, limitando-se ao tempo suficiente para atender às razões que determinaram sua indicação²⁵.

A autonomia técnica e político-financeira foi deficiente nos dois estados. De acordo com os gestores e profissionais de saúde entrevistados, sua participação era quase nula no planejamento e nas decisões sobre os recursos destinados à saúde penitenciária, o que dificultou a execução dos recursos oriundos do incentivo financeiro e a realização de parte das ações de saúde propostas.

A estrutura organizacional do sistema penitenciário de ambos os estados pesquisados, na qual os profissionais de saúde estavam hierarquicamente subordinados à direção da unidade prisional e não à coordenação de saúde, dificultou a participação destes profissionais no planejamento e na organização das ações de saúde. Quando questionados, os profissionais de saúde identificavam diferentes atores como responsáveis pela coordenação das ações, na maior parte das vezes um médico ou um enfermeiro da equipe que tinha perfil de liderança ou um cargo de direção na UP (Caso 1). Quase nunca a Coordenação de Saúde do Sistema Penitenciário, considerada pela maioria como um órgão distante da sua prática cotidiana, foi vista como a responsável pelas ações de saúde nas unidades prisionais.

No fluxo estabelecido para o diagnóstico de TB no Caso 1, o atendimento ao detento era realizado na unidade de saúde da UP, com coleta e envio de amostra de escarro para baciloscopia, cultura e Teste de Sensibilidade a Antibióticos (TSA) para os laboratórios municipais e estaduais, e início do tratamento diretamente observado (TDO) para os casos diagnosticados. O exame radiológico era feito na rede de saúde do município. No Caso 2, o fluxo envolvia, além do atendimento na unidade de saúde da UP, o encaminhamento ao hospital penal onde eram realizados os exames clínico, baciloscópico e radiológico para todos os casos e o tratamento dos casos diagnosticados era prescrito pelo médico especialista.

Quadro II – Análise cruzada dos casos: Dimensão Político-organizacional
(Adaptado de Stake, 2006)

Subdimensões	Fatores	Caso 1	Caso 2
Autonomia técnica e político-financeira	Garantia de infraestrutura, recursos humanos capacitados e recursos materiais suficientes para as ações	Desfavorável Dificuldade na execução dos recursos financeiros. Equipe de saúde desmotivada. Recursos materiais insuficientes.	Desfavorável Dificuldade na execução dos recursos financeiros. Equipe de saúde desmotivada. Recursos materiais insuficientes.
	Suprimento de medicamentos	Favorável Adequado para os medicamentos específicos para TB	Favorável Adequado para os medicamentos específicos para TB
	Participação no planejamento e decisão sobre os recursos para a saúde penitenciária	Desfavorável Participação incipiente dos gerentes e profissionais de saúde.	Desfavorável Participação incipiente dos gerentes e profissionais de saúde.
Ações inersetoriais	Garantia de transporte e escolta para as referências	Desfavorável Veículo não exclusivo da área de saúde, privilegiando outras ações.	Desfavorável Veículo não exclusivo da área de saúde, privilegiando outras ações.
	Transferências e libertações comunicadas à equipe de saúde com antecedência	Desfavorável Comunicação feita com pouca antecedência.	Muito Desfavorável Falta de comunicação na maior parte das vezes.
Gerência	Integração entre Saúde Penitenciária e Saúde Estadual/Municipal	Favorável Bem estabelecida nas ações de capacitação, monitoramento dos resultados e apoio diagnóstico.	Desfavorável Assistemática, restrita a colaborações pontuais.
	Suporte de serviço laboratorial e radiológico com recursos suficientes para realização dos exames indicados	Favorável Fluxo descentralizado. As unidades de saúde das UP encaminham os exames para a rede laboratorial dos municípios-sede ou estado.	Desfavorável Centralizado no hospital penal. Necessário o deslocamento do detento. Garantia de exame laboratorial e radiológico pelo sistema penitenciário. Carência de recursos para exames anti-HIV, cultura e TSA para todos os casos.

Dimensão Efeitos

Somente a partir de 2007 a condição de encarceramento passou a constar na ficha de notificação dos casos de TB no Brasil. Puderam ser acessados para este estudo os dados dos livros de registro das Unidades de Análise (UA) 1 e 2, do Caso 1, e os dados do SINAN relativos ao conjunto de todas as unidades prisionais de cada estado.

Nas unidades prisionais (UP) do Caso 1, não havia registro do desfecho do tratamento dos pacientes que foram transferidos e dos que saíram em liberdade. No

Caso 2, os registros eram centralizados no hospital penal e não havia nas UP um consolidado do monitoramento dos casos.

Nas UA 1 e 2, do Caso 1, os livros de registro dos casos de tuberculose que estavam disponíveis mostravam os desfechos apresentados no Quadro III.

Quadro III – Desfechos do tratamento: UA1 e 2, Caso 1

CASO 1	UA1 (2008 a 2010)	UA2 (2008 a 2011)
Desfecho	N (%)	N (%)
Cura	51 (83,6)	86 (59,3)
Abandono	0	03 (2,1)
Transferencia	10 (16,4)	36 (24,8)
Óbito	0	02 (1,4)
Sem informação	0	18 (12,4)
TOTAL	61 (100)	145 (100)

Os casos de abandono de tratamento registrados na UA2 correspondem aos detentos que receberam indulto quando estavam em tratamento e não retornaram à unidade prisional.

Os resultados dos tratamentos de TB no período de 2007 a 2012, relativos a todas as unidades prisionais dos estados, registrados pelo SINAN, mostraram uma grande proporção de desfechos ignorados em ambos os Casos, sendo de 29,7% no Caso 1 e de 64,4% no Caso 2 (Quadros IV e V).

Quadro IV - Caso 1: Situação de encerramento dos casos de TB de todas as UP

Ano de Diagnóstico	Ignorado/ Branco (%)	Cura (%)	Abandono (%)	Óbito por TB (%)	Óbito por outras causas (%)	Transferência (%)	Total de casos
2007	19 (10,3)	120 (65,2)	32 (17,4)	5 (2,7)	8 (4,4)	0 (0)	184
2008	69 (7,4)	731 (78,3)	102 (10,9)	3 (0,3)	27 (2,9)	2 (0,2)	934
2009	507 (30,6)	1015(61,2)	96 (5,8)	11 (0,6)	23 (1,4)	7 (0,4)	1659
2010	1180 (71,7)	391 (23,7)	35 (2,1)	4 (0,2)	36 (2,2)	1 (0,1)	1647
2011	113 (5,8)	1665 (85,2)	124 (6,3)	10 (0,5)	36 (1,8)	7 (0,4)	1955
2012	619 (29,9)	1305 (62,9)	110 (5,3)	8 (0,4)	26 (1,3)	5 (0,2)	2073
Total	2507 (29,7)	5227 (61,8)	499 (5,9)	41 (0,5)	156 (1,9)	22 (0,3)	8452

Fonte: SINAN (acesso em 27/02/2014)

Os Quadro III e IV mostram que os dados do ano de 2011 têm uma menor proporção de ignorados (5,8% e 7,9% nos Casos 1 e 2) e que naquele ano as taxas

de cura foram de 85,2% e 62,7% e as de abandono de tratamento de 6,3% e 11,3% nos Casos 1 e 2, respectivamente.

Quadro V - Caso 2: Situação de encerramento dos casos de TB de todas as UP

Ano de Diagnóstico	Ignorado/Branco (%)	Cura (%)	Abandono (%)	Óbito por TB (%)	Óbito por outras causas (%)	Transferência (%)	MDR (%)	Total de casos
2007	531 (72,6)	136 (18,5)	38 (5,2)	9 (1,2)	3 (0,4)	19 (2,6)	0 (0)	736
2008	720 (85,5)	77 (9,1)	17 (2,0)	11 (1,3)	3 (0,4)	13 (1,5)	1(0,1)	842
2009	693 (84,1)	76 (9,2)	24 (2,9)	6 (0,7)	6 (0,7)	18 (2,2)	1(0,1)	824
2010	615 (93,9)	16 (2,4)	8 (1,2)	2 (0,3)	5 (0,8)	9 (1,4)	0 (0)	655
2011	64 (7,9)	506 (62,7)	91 (11,3)	11 (1,4)	18 (2,2)	116 (14,4)	1(0,1)	807
2012	298 (44,4)	249 (37,1)	57 (8,5)	15 (2,2)	8 (1,2)	42 (6,3)	2(0,3)	671
Total	2921(64,6)	1060(23,4)	235 (5,2)	54 (1,2)	43 (0,9)	217 (4,8)	5(0,1)	4535

Fonte: SINAN (acesso em 27/02/2014)

No Caso 1, a taxa de incidência de TB no sistema prisional tem se mantido estável, em torno de 1.000 casos/100.000 detentos. Já no Caso 2 houve uma redução no ano de 2012, passando de cerca de 2.700 casos para 1.984/100.000.

Dos 46 detentos em tratamento para tuberculose nas unidades prisionais estudadas, excluindo-se o hospital penal, foram entrevistados 34: houve 2 recusas, 01 não conseguiu responder as questões com coerência por apresentar-se desorientado no momento da entrevista e 09 foram dispensados em virtude de estarem em uma unidade prisional onde havia o maior número de detentos com TB e as respostas às entrevistas já terem se tornado repetitivas. No hospital penal, houve participação do chefe de segurança na seleção dos entrevistados, em decorrência da necessidade de controlar a circulação dos presos pelo hospital, já que havia pacientes de facções criminosas diferentes.

A maior parte dos detentos em tratamento para tuberculose mostrava-se satisfeita com o atendimento dos serviços de saúde nas penitenciárias. Nas UA2 e UA5, entretanto, os usuários queixaram-se da carência de médicos. As queixas com relação à qualidade da alimentação recebida foram frequentes em todas as UP, com exceção do hospital penal (UA3). No Caso 2, as más condições do transporte para realização de exames levavam por vezes os detentos a abdicarem dos mesmos, especialmente quando já se sentiam em melhor estado. A superlotação e o grande

consumo de tabaco dentro da cela foram considerados prejudiciais ao tratamento pelos internos do Caso 1.

Os profissionais de saúde consideravam que as condições de confinamento e a carência de recursos eram obstáculos ao controle da TB nas prisões. Entre os agentes de segurança, foi frequente a inconformidade com o direito do preso à assistência à saúde e a percepção de que o acesso aos serviços de saúde, considerado por eles mais rápido do que para a população em geral, constituía um privilégio. Em contrapartida, muitos profissionais de saúde verbalizavam que a eles não interessava o delito cometido nem a sentença condenatória, mas o direito de todo cidadão à assistência à saúde.

Como limitações do estudo, houve a dificuldade para a participação dos atores do programa na discussão dos resultados preliminares da pesquisa e o não fornecimento, pelos estados pesquisados, dos dados epidemiológicos da tuberculose nas unidades prisionais.

DISCUSSÃO

O Estudo de Casos Múltiplos foi escolhido por ser o foco da investigação um fenômeno contemporâneo inserido em um contexto da realidade¹⁸ e por permitir examinar como um programa se desenvolve em diferentes contextos²⁰. A análise de conteúdo dos dados qualitativos, de acordo com Bardin²¹, englobou o desmembramento dos textos e reagrupamento das unidades de registro de acordo com as categoriais estudadas. A triangulação dos dados permitiu a confirmação dos achados com maior segurança e foi uma forma de integrar diferentes perspectivas, havendo complementaridade ou contradições entre os dados²².

A análise imbricada dos casos foi realizada a partir dos passos apontados por Stake²³: enfatizar os principais achados de cada caso, fazer o cruzamento desses achados entre os casos e identificar os fatores para análise.

As evidências encontradas mostraram que ambos os estados em que o estudo foi realizado apresentaram dimensão externa desfavorável ao controle da tuberculose no sistema prisional. A população carcerária é mais vulnerável à infecção e ao adoecimento por ser, na maior parte das vezes, desfavorecida economicamente, oriunda de áreas com alta incidência de tuberculose e ter menos anos de estudo. Ayres et al.²⁶ descrevem a vulnerabilidade social como um conjunto de aspectos coletivos e contextuais, tais como escolarização, disponibilidade de recursos

materiais, condições de moradia, entre outros, que aumentam ou reduzem a capacidade de resposta de grupos populacionais aos agravos. Os autores ressaltam que, entendidos os processos saúde-doença como sociais, não se pode limitar a análise de vulnerabilidade ao plano individual. Acrescentam, ainda, uma dimensão programática da vulnerabilidade, que enfoca a participação das instituições como mediadoras entre os sujeitos e seus contextos sociais. No sistema prisional, as relações que se estabelecem no ingresso de indivíduos e na mobilidade de profissionais, visitantes, grupos de apoio e dos próprios internos quando libertados podem favorecer a disseminação da TB para dentro e para fora das prisões. Quanto menor a capacidade de implantação e gerenciamento de ações de assistência e prevenção que contemplem a população como um todo, mais vulneráveis estarão os indivíduos e a coletividade. No Caso 1, uma das UP estudadas situava-se em município de pequeno porte e com baixa incidência de TB. A preocupação de alguns gestores e profissionais era a de que a presença da população privada de liberdade, com alta prevalência da doença, pudesse levar ao aumento da incidência de TB no município.

O Caso 2, que tem apresentado, por muitos anos, a maior incidência de tuberculose no país, tem uma alta densidade demográfica e grande proporção de residentes em aglomerados subnormais. As taxas elevadas de TB e de HIV/aids na população geral do estado podem favorecer uma maior incidência de tuberculose na população encarcerada. Nesta situação, que exigiria especial atenção ao planejamento, gerência e financiamento contínuo e eficaz para as ações de saúde prisional, observa-se uma baixa proporção de recursos destinados às necessidades sanitárias, uma pequena participação dos gerentes e profissionais de saúde nas decisões sobre a aplicação dos recursos e o crescimento contínuo do número de presos.

A autonomia gerencial é influenciada pela autonomia financeira, visto que a liberação dos recursos é imprescindível para o custeio da assistência prestada aos usuários e para a manutenção das unidades de saúde²⁷. A centralização do planejamento e decisão quanto à utilização dos recursos limitou também a autonomia técnica, impossibilitando a realização de algumas ações planejadas. No Caso 2, houve dificuldade em realizar alguns dos exames laboratoriais previstos para todos os pacientes com TB diagnosticada (cultura e TSA, oferta de exame anti-HIV), bem como a ampliação do rastreamento radiológico e o acompanhamento

mais frequente dos pacientes em tratamento nas UP. Essas ações dependiam de profissional e veículo para transporte, nem sempre disponíveis. Dessa forma, constata-se que a dimensão político-organizacional também não favoreceu a plena implantação do programa. A carência de recursos financeiros e de autonomia técnico-gerencial foram aspectos encontrados também nos estudos de avaliação do programa de controle de tuberculose na população em geral na Amazônia Legal²⁸ (Natal et al., 2004) e em Niterói²⁹ (Oliveira e Natal, 2007).

De acordo com Arroyo e Astier³⁰, o reconhecimento da independência necessária aos profissionais de saúde dentro da administração penitenciária favorece a qualidade da assistência, prevalecendo o respeito aos direitos humanos e aos princípios éticos. Os mesmos autores consideram que as más condições de trabalho nas prisões, a desvalorização social e administrativa e a baixa remuneração contribuem para a falta de profissionais de saúde no sistema prisional e a desmotivação presente em muitos dos profissionais em atuação.

A falta de integração entre as coordenações de saúde penitenciária e dos PCTs estadual e municipal foi um fator que tornou mais difícil a implantação exitosa do programa nas prisões do Caso 2. A articulação entre as instâncias de governo, especialmente as das áreas de segurança e de saúde, no gerenciamento do sistema de saúde prisional e no planejamento e supervisão das ações do PCT, foi observada de forma mais sistemática no Caso 1. A dificuldade encontrada para a utilização dos recursos do SUS neste estado estava mais relacionada à dificuldade de transporte do que à falta de vagas para o sistema prisional, fato também relatado por Alves³¹. A importância da cobertura da assistência mediante recursos externos e da manutenção de acordos entre a administração penitenciária e o sistema de saúde externo é destacada por Arroyo e Astier³⁰, que também sugerem uma documentação unificada que facilite o intercâmbio de informações entre diferentes prisões e destas com os serviços externos, o que contribuiria para a continuidade da atenção nos casos de mobilidade dos internos entre prisões e nos casos de libertação. No presente estudo, observou-se a precariedade dos registros de saúde nas prisões, com a exceção do hospital penal.

A proposta de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, com gestão municipalizada, equipe multidisciplinar, foco na promoção da saúde e prevenção de agravos, estruturada dentro das Redes de Atenção à Saúde vai ao encontro de algumas das sugestões

que Arroyo e Astier³⁰ apresentam como possíveis soluções para a escassez e desmotivação dos profissionais de saúde no sistema prisional: a integração da saúde penitenciária ao sistema público de saúde, com profissionais atendendo indistintamente dentro e fora das prisões, a manutenção periódica de reuniões de trabalho entre unidades de características similares, bem como a instituição de uma rede de intercâmbio de informações entre profissionais que trabalham em diferentes prisões. Zulaika et al.³² defendem a transferência da responsabilidade pela saúde dos internos e pela organização assistencial nas prisões ao Sistema de Saúde, reduzindo assim a dependência que têm os profissionais de saúde dos diretores das unidades prisionais. Esses autores apontam que a assistência à saúde prisional é realizada em uma organização e contexto não sanitários, em que a segurança é uma prioridade fundamental. Dara et al.⁹ destacam a mobilização de alguns países para que os serviços de saúde para os encarcerados sejam de responsabilidade do Ministério da Saúde e não mais do Ministério da Justiça.

De acordo com Cruz³³, apreender o quanto o alcance das mudanças pretendidas (grau de implantação) e dos efeitos esperados se deve aos fatores contextuais constitui um grande desafio. Esta autora considera que esses fatores tanto podem constituir facilidades quanto barreiras, quando aspectos e circunstâncias relacionados ao programa e/ou às instituições envolvidas contribuem para o êxito ou dificultam a execução das atividades e o alcance dos resultados. Pode haver, ainda, externalidades, aspectos e circunstâncias fora do programa e da governabilidade dos atores envolvidos que influenciam também a implantação³³. Medina et al.³⁴ afirmam que a macroteoria do programa abrange os aspectos relacionados ao contexto de implantação e que se deve definir qual a parcela de contribuição do programa para os efeitos esperados e não esperados. Os autores reconhecem os múltiplos fatores que atuam sobre o estado de saúde de indivíduos e populações em contextos socioeconômicos, políticos e culturais extremamente complexos, sendo as ações dos serviços de saúde apenas um deles.

A implantação das ações de controle da tuberculose como normatizadas pelos PNSSP e PNCT se dá em um ambiente inóspito, em que os direitos assegurados pela Lei de Execução Penal não estão de fato garantidos. Desta forma, a implantação parcial alcançada pelas unidades prisionais do Caso 1 e pelo hospital penal, Caso 2, representam de certa forma um êxito.

O modelo teórico utilizado pressupõe que múltiplos fatores interagem na produção dos efeitos. Embora reconheça-se a precariedade dos dados relativos ao desfecho do tratamento, é pertinente admitir que as dimensões externa, político-organizacional e a implantação parcial do PCT nas unidades prisionais do Caso 1 possam ter influência nas taxas de cura e de abandono alcançadas nas prisões de todo o estado, considerando-se especialmente o ano em que há menor proporção de desfechos ignorados. Entre os pontos favoráveis do programa nesse estado, destacam-se a realização de exames complementares para todos os casos, a busca ativa e o tratamento diretamente observado. Da mesma forma, as dimensões externa, político-organizacional e o baixo nível de implantação do PCT nas unidades prisionais não hospitalares do Caso 2 sugerem que houve influência nos resultados menos favoráveis nas taxas de cura e de abandono do tratamento nas prisões deste estado. A carência de recursos para a realização dos exames necessários e para a busca ativa, bem como o tratamento auto-administrado, foram fatores desfavoráveis, neste Caso. Cabe reconhecer que há discordância entre as informações prestadas pela coordenação do programa no sistema penitenciário do Caso 2 e os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde. De acordo com a referida coordenação, as taxas de cura de TB no sistema prisional do estado vem se mantendo estáveis nos últimos 5 anos, variando entre 70 e 73%.

Constata-se, ainda, que a mobilidade dos detentos no sistema prisional dificulta o monitoramento dos desfechos do tratamento e o cálculo das taxas de cura da tuberculose por Unidades Prisionais, uma vez que um indivíduo pode iniciar seu tratamento em uma UP e passar por diversas outras até concluí-lo.

Na população em geral dos dois estados, as taxas de cura dos casos bacilíferos tem aumentado, atingindo 80,4% no Caso 1 e 64% no Caso 2 em 2010³⁵, o que mostra uma similaridade com os dados de 2011 da população carcerária, sendo o percentual de cura maior entre a PPL, em relação à população geral, no Caso 1 e menor no Caso 2. Já as taxas de abandono para a população em geral, em 2010, foram de 9,7% e 12,0% nos estados dos Casos 1 e 2³⁵, mostrando piores taxas dos que as obtidas pela PPL em ambos os casos.

CONCLUSÕES

As dimensões externa e político-organizacional influenciaram na implantação do PCT no sistema penitenciário, como proposto pelo modelo teórico, e podem ter

contribuído também para os efeitos observados. Um contexto com situação de maior vulnerabilidade social, alta incidência de TB e pouca disponibilidade de recursos dificultou a implantação do programa, tal como planejado. A necessidade de transporte e escolta foi um fator desfavorável para a atenção integral à saúde dos detentos em ambos os estados. Esse mesmo fator dificultava o diagnóstico e o início do tratamento para TB, ações essenciais do programa, no Caso 2. As taxas de cura e de abandono do tratamento para tuberculose no sistema prisional dos estados estudados sugerem que houve sinergia entre as dimensões externa e político-organizacional e a implantação do programa na produção dos efeitos.

Foi possível testar a teoria do programa. A conformidade entre as proposições teóricas e a realidade observada permitiu validar o modelo adotado. A triangulação das informações oriundas de diferentes fontes, verificando-se as convergências entre as mesmas, fortaleceu a validade interna do estudo. A realização de estudo de casos múltiplos, utilizando-se o confronto das configurações empíricas com um quadro teórico, apoiou a validade externa.

O estudo foi relevante para a construção de um modelo de avaliação da implantação das ações de controle da tuberculose no sistema prisional. A participação dos interessados na primeira fase do estudo foi fundamental para a inserção dos conhecimentos práticos nos modelos desenvolvidos. A fase subsequente, de coleta de dados, propiciou a mobilização dos atores do programa e a reflexão sobre o tema.

Os problemas detectados no PCT prisional não o impedem de exercer seu papel na redução da morbimortalidade por tuberculose e em diminuir as situações de risco no sistema prisional. Consideramos que as políticas públicas são indispensáveis para garantir o acesso aos serviços. Reconhecemos também que, embora esteja na agenda governamental, o direito das pessoas privadas de liberdade à saúde recebe o apoio de uma parcela ainda pequena da sociedade. Os Ministérios da Justiça e da Saúde e as Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária e de Saúde devem unir seus esforços para a implantação de políticas que promovam a saúde no sistema penitenciário brasileiro, destacando a sua contribuição para a saúde pública do país.

Referências:

- 1 – Victora C G et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Saúde no Brasil 6. The Lancet, 2011.
- 2 – Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro, 2012.
- 3 – Barreto M et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. Saúde no Brasil 6. The Lancet, 2011.
- 4 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. In: Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília : Ministério da Saúde, 2010 :43-77
- 5 – Larouze B, Sanchez A, Diuana V. “Tuberculosis Behind Bars in Developing Countries: A Hidden Shame to Public Health”. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, v.102 :841-2, 2008
- 6 – Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. In: Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília : Ministério da Saúde, 2010 :128-145
- 7 – Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, 2010
- 8 – Parvez FM. Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional Facilities. In: Greifinger RB. Public Health Behind Bars: from prisons to communities. Springer. New York, 2007
- 9 – Dara M et al. Guidelines for control of Tuberculosis in Prisons. USAID, TB/CTA, 2009
- 10 – Santos M et al. Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões. Rio de Janeiro: Departamento Penitenciário Nacional, 2012. 65 p.
- 11 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Interministerial MS/MJ no 1777, de 9 de setembro de 2003. In: Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília : Ministério da Saúde, 2010 :123-7

- 12 – Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Portaria nº 29 de 20/01/2010
- 13 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.801, de 28 de novembro de 2011
- 14 – Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 01 de 02 de janeiro de 2014
- 15 – Denis JL e Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz ZMA (org) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na Análise de Implantação de Programas. Rio de Janeiro :Fiocruz, 1997
- 16 – Champagne et al. A análise da implantação. In: Broussele A et al. (org). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, 2011
- 17 – Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. Cad Saúde Colet, Rio de Janeiro, 20 (2): 250-7, 2012
- 18 – Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre : Bookman, 2005
- 19 – Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais no Brasil. *Ainda não publicado.*
- 20 – Stake RE. The Multicase study. In: Multiple Case Study Analysis. New York : The Guilford Press, :17-38, 2006
- 21 – Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo :Edições 70, 2011
- 22 – Minayo MCS. Conceito de Avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG e Souza EC (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, :19-51, 2005
- 23 – Stake RE. Cross-Case Analysis. In: Multiple Case Study Analysis. New York: The Guilford Press, :39-77, 2006
- 24 – Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e base demográfica, 2008
- 25 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, 2010
- 26 - Ayres JRJM et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo :Hucitec; Rio de Janeiro :Ed Fiocruz, :375-417, 2006

- 27 – Moreira, TMA. Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase . [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 184 p.
- 28 – Natal S, Santos EM, Hartz ZMA, Patroclo MA, Cruz M. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: Estudo de casos na Amazônia Legal. Bol. Pneumol. Sanit. 12(2):91-109, 2004
- 29 – Oliveira LGD e Natal S. Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. Rev Bras Pneumol Sanit, 15(1):29-38, 2007
- 30 – Arroyo JM e Astier P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. Rev Esp Sanid Penit, 5: 60-76, 2003
- 31 – Alves RS. Experiencias de pessoas privadas de liberdade com tuberculose à luz da história oral de vida.[Mestrado] Universidade Federal da Paraíba, 2012
- 32 – Zulaika D, Etxeandia P, Bengoa A, Caminos J, Arroyo-Cobo JM. Un nuevo modelo asisencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. Rev Esp Sanid Penit; 14: 91-98, 2012
- 33 – Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos RA, Baptista, TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.181-199 . Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps
- 34 – Medina MG et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador :EDUFBA; Rio de Janeiro :Fiocruz, 2005
- 35 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Especial Tuberculose. V. 43, 2012

10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa atingiu seu objetivo de avaliar a implantação das ações de controle da tuberculose em prisões de dois estados no Brasil. Na etapa inicial do estudo, para a construção do modelo teórico do PCT no sistema prisional foram utilizados os seus componentes teóricos e empíricos, com o fim de explicitar os mecanismos pelos quais a implantação do programa pode alcançar os resultados propostos. A participação de gestores e profissionais na elaboração do modelo foi fundamental para a incorporação dos seus saberes práticos. O modelo revelou-se um instrumento útil para a realização desta investigação e poderá ser aplicado em outros locais, ajustado de acordo com o contexto e a pergunta avaliativa.

A natureza do PCT permite diversas formas de operacionalização, a depender das características locais. Este estudo revelou dois modelos diferentes de organização das ações de controle da tuberculose no sistema prisional brasileiro. A integração (ou a falta de) das secretarias estaduais de administração penitenciária e de saúde e os diferentes fluxos na execução das ações de controle da TB nas unidades prisionais estudadas influenciaram a implantação do programa nas UP dos estados estudados. São reconhecíveis em ambos os esforços feitos para controlar a doença no ambiente prisional, principalmente por parte dos profissionais de saúde.

A abordagem qualitativa possibilitou estudar em maior profundidade a implantação do PCT, considerando suas múltiplas dimensões, sob a perspectiva dos participantes. Foi possível identificar os aspectos que explicam como as ações do PCT estavam sendo desenvolvidas e que fatores contextuais poderiam ter influência no desenvolvimento destas ações e nos resultados a elas atribuídos.

O acesso aos serviços de saúde dependeu da organização espacial, da dinâmica das relações estabelecidas nas prisões e da oferta de atenção. Observaram-se alguns fatores dificultadores do acesso aos serviços de saúde: a decisão sobre o encaminhamento à unidade de saúde estar sob responsabilidade dos guardas ou de um grupo de presos, a necessidade de escolta e a escassez de recursos humanos.

No campo da assistência, os profissionais de enfermagem eram os primeiros a receber os usuários, cabendo a eles, na maior parte das vezes, o reconhecimento do sintomático e o encaminhamento das ações. Os recursos financeiros e materiais, condição primordial para o desenvolvimento das ações e para a motivação profissional, eram escassos.

Um dos principais obstáculos à realização desta avaliação foi o fato de não terem sido fornecidos, pelos estados, os dados do sistema de informação em saúde solicitados, o que inviabilizou a obtenção das informações sobre os desfechos do tratamento dos pacientes nas unidades prisionais estudadas. Desta forma, os resultados apresentados na dimensão “efeitos” foram insuficientes para uma análise mais abrangente.

Embora não tenham sido abordados para análise neste estudo, outros fatores que podem interferir no controle da doença não devem ser desconsiderados. A estrutura arquitetônica inadequada das prisões dificulta a ventilação e, conseqüentemente, facilita a transmissão do bacilo; a morosidade jurídica para a concessão de sentenças ou formas alternativas de cumprimento da pena que não o encarceramento em regime fechado, contribui para a superlotação das prisões; a falta de vagas nas escolas do sistema prisional e a falta de oportunidades de trabalho para os detentos tornam mais difícil a sua reinserção na sociedade. Esses aspectos também precisam ser enfocados com o fim de potencializar a promoção da saúde e a implantação do PCT.

Os trâmites necessários à obtenção da autorização para realizar o estudo foram bem mais longos em um dos estados, com a necessidade de realizar contatos pessoais e argumentar com os gestores, bem como obter aprovação em diversas instancias. Os termos de anuência concedidos para o estudo foram redigidos em cada Secretaria de Administração Penitenciária estadual, em formatos diferentes, sendo compostos de várias páginas, anotações e assinaturas. O modelo proposto pela pesquisadora não foi aceito.

A estratégia adotada desde a etapa de planejamento da pesquisa foi a de estimular a participação dos profissionais envolvidos no programa, de forma a compartilhar a produção do conhecimento, legitimar os resultados encontrados e aumentar a possibilidade de aplicação dos mesmos. A participação inicial dos profissionais da saúde penitenciária não teve continuidade. As diversas tentativas de compartilhar com os participantes do programa a discussão sobre os resultados preliminares do estudo, com o fim de corrigir possíveis equívocos e acrescentar observações consideradas relevantes por eles, não obtiveram êxito.

Embora concordemos com a afirmação de que a pesquisa produz transformações na prática durante o seu processo, o uso instrumental das informações geradas pela pesquisa, naturalmente pretendido por todo avaliador,

pode encontrar dificuldades neste estudo em virtude da reduzida inserção do participantes do programa. Um dos fatores que interfere sobremaneira com o distanciamento dos participantes é a contínua transformação dos atores, dos interesses e das práticas, bem como as múltiplas atividades para as quais são requisitados.

As limitações para desenvolver a pesquisa, além dos trâmites já relatados, foram: o fato de ter se dado em uma instituição fechada com forte hierarquia, o que dificultava o contato direto mais frequente com os participantes do programa; o pouco envolvimento dos potenciais usuários com o estudo; e a possível retenção de informações pelo receio de ter a identidade revelada. Outras questões, como a incompatibilidade entre o tempo necessário para coleta de dados nas unidades prisionais e a necessidade de não interferir excessivamente na rotina das prisões, a linguagem própria do ambiente prisional e algumas solicitações dos presidiários que fugiam ao propósito da pesquisa, exigiram a adaptação e a superação por parte da pesquisadora em algumas situações.

11 - REFERÊNCIAS:

Abrahão RMCM. Diagnóstico da Tuberculose na população carcerária dos distritos policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. [Tese]. Curso de Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, USP, 2003

Aerts A et al. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *Int J Tuberc Lung Dis* 10(11):1215–1223, 2006

Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I et al. (org) *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro :Medbook, 2010 p. 89-107

Alves RS. Experiências de pessoas privadas de liberdade com tuberculose à luz da história oral de vida.[Mestrado] Universidade Federal da Paraíba, 2012

Arroyo JM e Astier P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. *Rev Esp Sanid Penit*, 5: 60-76, 2003

Assis SG, Deslandes SF, Minayo MCS, Santos NC. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG e Souza EC (org). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, :105-132, 2005

Ayres JRCM et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo :Hucitec; Rio de Janeiro :Ed Fiocruz, :375-417, 2006

Balabanova Y et al. The Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS) strategy in Samara Oblast, Russian Federation. *Respiratory Research*, 2006, 7:44

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo :Edições 70, 2011

Barreto M et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. Saúde no Brasil 6. The Lancet, 2011. Disp www.thelancet.com/series/health-in-brazil

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Relatório nº 49. Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. In: Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília :Ministério da Saúde, 2010 :43-77

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Portaria Interministerial MS/MJ no 1777, de 9 de setembro de 2003. In: Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b :123-7

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. In: Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília : Ministério da Saúde, 2010c :128-145

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, 2010d

Brasil. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 11 de 07 de dezembro de 2006. In: Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília :Ministério da Saúde, 2010e :101-8

Brasil. Ministério da Saude. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. DOU de 03/01/2014, nº 2, Seção 1, pág. 18 a 21, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Resolução CNPCP nº 07, de 14 de abril de 2003. In: Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília :Ministério da Saúde, 2010f :89-93

Brasil. Ministério da Saúde. SVS. Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde, 2013, v. 44, n. 2

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro, 2012.

Brasil. Ministério da Justiça. Portaria nº 29 de 29/01/2010. DOU 04/02/2010. Brasil, 2010g.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil. 2ª ed, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Dados sobre TB prisional fornecidos pela Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário e PNCT/MS à Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza, Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, 2013.

Campani STA, Moreira JS, Tietbohel CN. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). J Bras Pneumol. 2011; 37(6):776-782

Cano I. Direitos humanos, criminalidade e segurança pública. In: Venturi G (org). Direitos humanos: percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, :65-75, 2010

Castro VD. Saúde nas prisões: um estudo da implementação do programa de controle da tuberculose em uma unidade do sistema penitenciário.[Dissertação de mestrado]. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Evaluation briefs, n. 3, 2009. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief3b.pdf> [cited 2012 Maio 21].

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: recommendations from CDC. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1.htm> [cited 2012 May 21].

Champagne et al. A análise da implantação. In: Broussele A et al. (org). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, 2011

Champagne et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Broussele A et al. (org). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, 2011b

Champagne F e Contandriopoulos AP. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos AP et al. Saúde e Cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec. Campinas :Saberes Ed, 2010

Contandriopoulos AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: Hartz ZMA (org). Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.29-47, 1997

Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos RA; Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.181-199 . Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em 21/05/2012

Dara M et al. Guidelines for control of Tuberculosis in Prisons. USAID, TB/CTA, 2009

Dara M et al. Time to act to prevent and control tuberculosis among inmates. *Int J Tuberc Lung Dis* 17(1), 2013 :4–5

Denis JL & Champagne F. Análise de implantação. IN: Hartz ZMA (org). *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.49-88, 1997

Diaz AM y Hyman S. Los Sistemas Penitenciarios y Carcelarios en las Americas. In: Organización de los Estados Americanos (OEA). *Informe sobre Seguridad Ciudadana en las Américas 2011*. Washington, DC, 2011. Primera Edición:118-22

Diuana V et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 24(8). Rio de Janeiro, 2008.

Ferreira Júnior S, Oliveira HB, Marin-Léon L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(1): 100-13

Ferreira VSC e Vieira da Silva LM. Intersetorialidade em Saúde: Um estudo de caso. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM (org). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador :EDUFBA; Rio de Janeiro :Fiocruz, 2005

Frias PG, Lira PIC e Hartz ZMA. Avaliação da Implantação de um Projeto para Redução da Mortalidade Infantil. In: Hartz ZMA e Vieira-da-Silva LM (org). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador :EDUFBA; Rio de Janeiro :Fiocruz, 2005

Geisler SS, Helbling P, Zellweger JP, Altpeter ES. Screening for tuberculosis in asylum seekers: comparison of chest radiography with an interview-based system. *Int J Tuberc Lung Dis* 14(11):1388–1394, 2010

Gois SM et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciência & Saude Coletiva*, 17(5):1235-1246, 2012

Golub JE, Dowdy DW. Screening for active tuberculosis: methodological challenges in implementation and evaluation. *Int J Tuberc Lung Dis* 17(7):856–865, 2013

Harries AD, Nyirenda TE, Yadidi AE, Gondwe MK, Kwanjana JH, Salaniponi FM. Tuberculosis control in Malawian prisons: from research to policy and practice. *Int J Tuberc Lung Dis* 8(5):614–617, 2004

Hartz ZMA, Santos EM, Matida AH. Promovendo e Analisando o Uso e a Influência das Pesquisa Avaliativas. In: Harz AMA, Felisberto E, Vieira da Silva LM (org). *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*. Ed. Fiocruz, 2008

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010.

Jones TF et al. Transmission of Tuberculosis in a Jail. *Annals of Internal Medicine* Issue, 131(8), 1999 :557-563

Kanyerere HS et al. Surveillance of tuberculosis in Malawian prisons. *Public Health Action*, 2012; 2(1): 10–14

Kaufman-Levy D, Poulin M. Evaluability assessment: examining the readiness of a program for evaluation. Washington: Juvenile Justice Evaluation Center, 2003.

Kranzer K et al. The benefits to communities and individuals of screening for active tuberculosis disease: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis* 17(4):432–446, 2013

Larouze B, Sanchez A, Diuana V. Tuberculosis Behind Bars in Developing Countries: A Hidden Shame to Public Health. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, v.102 :841-2, 2008

Legrand J, Sanchez A, Le Pont F, Camacho L, Larouze B. Modeling the Impact of Tuberculosis Control Strategies in Highly Endemic Overcrowded Prisons. PLoS ONE 3(5), 2008

Lönnroth K et al. Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development. Lancet 2010; 375: 1814–29

Lönnroth K et al. Systematic screening for active tuberculosis: rationale, definitions and key considerations. Int J Tuberc Lung Dis 17(3):289–298, 2013

Magalhães CA e Moura E. Direitos humanos, pena de morte e sistema prisional. In: Venturi G (org). Direitos humanos: percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, p. 76-91, 2010

Medina MG et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador :EDUFBA; Rio de Janeiro :Fiocruz, 2005

Mello RCG. Modelo Rápido de Avaliação: Estudo de Caso da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças em Municípios do Estado do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado] Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde. ENSP/Fiocruz, 2006

Minayo MCS. Conceito de Avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG e Souza EC (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, :19-51, 2005

Moreira WF. O Fenômeno da Liderança entre os Presos e sua Relação com o Corpo de Segurança da Prisão. [Monografia] Curso de Especialização em Gestão Prisional e Tratamento Penal. UFPR, 2003

Moreira, TMA. Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 184 p.

Morin E. Ciência com consciência. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005

Natal S et al. Avaliação do programa de controle da tuberculose: estudo de casos municipais/estaduais na Amazônia Legal. Relatório Final. ENSP/Fiocruz, 2002

Natal S et al. A implementação do Projeto Estratégico de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação das Secretarias de Saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira da Silva LM (org). Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde – teoria e prática. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, :341-367, 2008

Natal S, Samico I, Oliveira LGD, Assis AMJ. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de recursos humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Cad Saúde Colet. 2010;18(4):560-71.

Natal S, Santos EM, Hartz ZMA, Patroclo MA, Cruz M. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: Estudo de casos na Amazônia Legal. Bol. Pneumol. Sanit. 12(2):91-109, 2004

Oliveira LGD e Natal S. Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. Rev Bras Pneumol Sanit, 15(1):29-38, 2007

Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. Cad Saúde Colet, Rio de Janeiro, 20 (2): 250-7, 2012

Oliveira LGD, Natal S, Chrispim PPM. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. Rev. APS, Juiz de Fora, 13(3) :357-364, 2010

Oliveira LGD et al. Modelo de Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose. Ciênc Saúde Colet, 15 (Supl I) : 997-1008, 2010

Oliveira TC. Avaliação de desempenho do programa de controle do câncer de colo do útero: um modelo para aplicação local no município do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. ENSP/Fiocruz, 2010

OMS. Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic: test: technical and operational “How-to”, practical considerations. Genebra, 2011.

OPAS, Guia para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de America Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS, 2008

Orofino RL et al. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. J Bras Pneumol. 2012; 38(1) :88-97

Parvez FM. Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional Facilities. In: Greifinger RB. Public Health Behind Bars: from prisons to communities. Springer. New York, 2007

Paz LNF et al. Efetividade do tratamento de tuberculose. J Bras Pneumol. 38(4) São Paulo, 2012 :503-510

Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981; 19:127-40

Reichard AA, Lobato MN, Roberts CA, Bazerman LB, Hammett TM. Assessment of Tuberculosis Screening and Management Practices of Large Jail Systems. Public Health Reports, v.118 :500-507, 2003

Rio de Janeiro (estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Plano Operativo Estadual de Saúde Penitenciária. Rio de Janeiro, 2004.

Rio de Janeiro (estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Norma de serviço “Estratégia de Tratamento da Tuberculose nas Unidades Prisionais do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro”, 2008.

Ruiz F, Lopez G. Documento de consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas. *Rev Esp Sanid Penit* 2010; 12: 64-78

Sanchez A et al. Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison. *Int J Tuberc Lung Dis* 9(6):633–639, 2005

Sanchez AR. Tuberculose em população carcerária do Estado do Rio de Janeiro: prevalência e subsídios para formulação de estratégia de controle. [Tese de doutorado]. ENSP/Fiocruz, 2007

Santos EM, Natal S. Dimensão técnico-operacional - Modelo lógico de programa. Rio de Janeiro: Abrasco, Fiocruz, Programa Nacional de DST/Aids, Centers for Control and Prevention, Tulane University; 2005

Santos JM. Poder paralelo. [Monografia] Curso de Especialização em Modalidades de Tratamento Penal e Gestão Prisional. UFPR, 2003

Santos M et al. Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões. Rio de Janeiro: Departamento Penitenciário Nacional, 2012. 65 p.

São Paulo (estado). Secretaria de Estado da Saúde (SES). Secretaria da Administração Penitenciária (SAP). Plano Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário. São Paulo: SES; SAP, 2003.

Sosa LE et al. Outbreak of tuberculosis in a correctional facility: consequences of missed opportunities. *Int J Tuberc Lung Dis*, 12(6):689–691, 2008

Souza ER et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG e Souza EC (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro :Editora Fiocruz, :19-51, 2005

Souza KMJ et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. Texto Cont Enferm, Florianópolis, 2012; 21(1): 17-25.

Souza KMJ et al. Atraso no diagnóstico da Tuberculose – Sistema Prisional. In: Villa TCS e Ruffino Netto A. Diagnóstico da Tuberculose: Avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil. FUNPEC Ed, Ribeirão Preto, 2011

Stake RE. The Multicase study. In: Multiple Case Study Analysis. New York : The Guilford Press, :17-38, 2006

Stake RE. Cross-Case Analysis. In: Multiple Case Study Analysis. New York: The Guilford Press, :39-77, 2006

Tavares GM e Menandro PRM. Atestado de Exclusão com Firma Reconhecida: o Sofrimento do Presidiário Brasileiro. Psicologia Ciência e Profissão, 24 (2), 2004 :86-99

Thurston W e Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. Canadian Journal of Program Evaluation. 2005; 20(2):1-25.

Thurston W, Potvin L. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. Evaluation. 2003;9(4):453-69.

Trevisan MS, Huang YM. Evaluability assessment: a primer. Practical Assessment, Research & Evaluation. 2003;8(20).

Victora C G et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Saúde no Brasil 6. The Lancet, 2011.

Vieira da Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador :EDUFBA; Rio de Janeiro :Ed Fiocruz, 2005

WHO. El control de la tuberculosis en prisiones. Manual para directores de programas. WHO, Espanha, 2000

WHO. Global tuberculosis report 2013. WHO, 2013 Disponível em www.who.int

WHO. Status Paper on Prisons and Tuberculosis. WHO Regional Office for Europe, 2007

WHO. Treatment of tuberculosis: guidelines, 4th ed. WHO, 2010

WHO. Tuberculosis in prisons. Disponível: <http://www.who.int/tb/challenges/prisons>
Acesso em 20/06/2013

Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de Programas: concepções e práticas. São Paulo : Editora Gente, 2004

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre :Bookman, 2005

Zulaika D et al. Un nuevo modelo asisencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. Rev Esp Sanid Penit; 14: 91-98, 2012

ANEXOS

ANEXO I – ROTEIROS DE ENTREVISTAS

Projeto “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais de dois estados brasileiros” ENSP/FIOCRUZ

ENTREVISTA - COORDENAÇÃO DE SAÚDE/PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO (ESTADUAL)

UF : _____

DATA: _____

ENTREVISTADOR : _____

01. Formação do entrevistado: _____

02. Cargo/ Função do entrevistado: _____

03. Tempo que atua na função/programa: _____

04. A coordenação de saúde do sistema penitenciário tem organograma? () Sim () Não
Solicitar a cópia.

05. O sistema penitenciário tem plano específico de combate à tuberculose? () Sim () Não
Se sim, qual? _____ *Solicitar cópia do documento, caso haja*

06. Quando o PCT prisional foi implantado? _____

07. Existem portarias/resoluções/documentação relativa à implantação do programa nas unidades prisionais? () Sim () Não *Solicitar cópias*

08. Existe equipe nomeada para o PCT prisional? () Sim () Não. Detalhar: _____

09. Como era tratada a questão da TB nas prisões antes da implantação do PCT? _____

10. O Sr(a) conhece o valor total do orçamento de saúde do sistema penitenciário do último ano? () Sim () Não *Solicitar a cópia.*

11. O Sr(a) conhece o valor total ou percentual do orçamento de saúde do sistema penitenciário destinado ao programa de controle da tuberculose? () Sim () Não
Perguntar se existe algum tipo de registro e solicitar a cópia.

12. Se sim, participou da definição deste valor ou percentual? () Sim () Não

13. Se sim, o valor ou percentual é, em relação à sua proposta: () superior () inferior
() bem próximo

14. É do seu conhecimento que o sistema penitenciário tenha recebido algum suporte financeiro do Ministério da Saúde, específico para tuberculose, nos últimos anos?
() Sim () Não

15. Se sim, em que ano? _____ Qual foi a forma de repasse? _____

16. Se sim, quais os benefícios propiciados pelos recursos? _____

17. Participou de alguma avaliação/relatório de execução destes recursos?
 Sim. Detalhar _____ Não
18. Quais são os aspectos positivos do relacionamento da coordenação estadual do PCT com a coordenação de saúde/PCT do sistema penitenciário? _____
19. E os negativos do relacionamento? _____
20. Quais são os aspectos positivos do relacionamento da coordenação de saúde/PCT do sistema penitenciário com o PCT municipal? _____
21. E os negativos do relacionamento? _____
22. Existe integração formal para ações de controle da tuberculose com outras coordenações/ secretarias? Sim. Qual (is) _____ Não
23. Existem centros e/ou laboratórios de referência correspondentes a cada unidade prisional? Sim Não. Detalhar: _____
24. Quais são as atividades da coordenação de saúde penitenciária? treinamento
 supervisão análise de dados informação assessoria outros
25. Quantos profissionais compõem a equipe? _____
26. Quantos de nível superior? _____
27. Quantos médicos? _____
28. Quantos enfermeiros? _____
29. Outros : _____
30. Quantos? _____
31. São todos treinados? Sim Não, nem todos foram treinados
32. Quantas UP têm no estado? _____
33. Todas as UP do estado têm o PCT implantado? Sim Não
34. Se não, quantas têm o PCT implantado? _____
35. Alguma UP concentra o tratamento para tuberculose? Sim Não
36. Se sim, por que? _____
37. O programa adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde? Sim Não
38. Tem o Manual de Normas do PCT? Sim Não
39. O programa tem normas adaptadas às UP? Sim Não
40. A Coordenação de saúde/PCT do sistema penitenciário programa treinamento para as UP? Sim Não
41. Quantos (número) treinamentos foram realizados no último ano? _____
42. É feita a supervisão periódica nas UP? Sim Não
43. Quantas supervisões foram programadas no último ano? _____
44. Quantas supervisões foram realizadas no último ano? _____

Se o número de supervisões realizadas não alcançou a meta, perguntar quais foram as dificuldades.

45. As unidades possuem estrutura adequada para atender os casos de tuberculose?
 Sim Não
46. O nº de profissionais é suficiente para atender a demanda existente? Sim Não
47. Os profissionais de saúde, para atendimento de diagnóstico e tratamento, são especialistas? Sim Não
48. Se sim: em todas as UP em algumas UP (solicitar o número)
49. Se não (referente à pergunta 47), qual a formação? _____
50. As UP realizam atividades de busca de casos entre os detentos? Sim Não
51. Se sim, quando? No momento da admissão Periodicamente, durante o encarceramento Somente quando o detento procura a unidade de saúde
52. Nas UP existem referências para casos de Tuberculose? Sim Não
53. Qual é(são) a(s) referência(s)? _____ (*nome da Instituição e localidade*)
54. É uma referência formal? Sim Não
55. Como é a relação do PCT/SEAP com o Laboratório? _____
56. Todos os casos suspeitos fazem a baciloscopia? Sim Não. Se não, por que? _____
57. Qual é o tempo médio para o resultado deste exame? _____
58. O estado tem condições de realizar cultura e Teste de Sensibilidade para as UP?
 Sim Não
59. Se sim, onde são realizados? _____
60. Se não, qual é a orientação para os casos identificados para este exame? _____
61. A cultura, para casos negativos à baciloscopia, é solicitada regularmente?
 Sim Não
62. A Cultura e o TS, para os casos suspeitos de MDR, são solicitados regularmente?
 Sim Não
63. Qual é a orientação dada às UP quanto ao procedimento de tratamento supervisionado?
 fazer para todos os doentes fazer para os doentes com forma pulmonar positiva
 fazer para os doentes com forma pulmonar positiva ou negativa outro: _____
64. Qual é a orientação dada para o procedimento de tratamento autoadministrado?
 fazer para todos os doentes fazer para os doentes com forma pulmonar negativa
 fazer para os doentes com forma pulmonar positiva ou negativa outro: _____
65. O Sr acha que a implantação destes procedimentos melhorou a taxa de cura nas UP do estado? Sim Não. Explicar: _____
66. Como o Sr(a) descreveria a situação epidemiológica atual da Tuberculose nas UP do estado? Bom Regular Ruim. Explique: _____
67. Há alguma(s) UP que o Sr(a) considere que consiga melhores resultados do Programa?
 Sim Não
68. Se sim, por que? _____

69. Há alguma(s) UP que o Sr(a) considere que tenha maiores dificuldades para obter bons resultados no Programa? () Sim () Não
70. Se sim, por que? _____
71. O SINAN está implantado na Coordenação de Saúde do sistema penitenciário? () Sim () Não
72. Há computador disponível para análise dos dados? () Sim () Não
73. Desde que ano o SINAN está implantado? _____
74. Emite relatórios? () Sim () Não *Solicitar cópia do(s) relatório(s) do ano anterior*
75. Como o Sr(a) descreveria as condições operacionais do programa nas UP quanto ao Sistema de Informação (envio das notificações de acordo com o solicitado pela SES)?
() Satisfatório () Insatisfatório () Outro. Por que? _____
76. E quanto ao preenchimento das notificações: são satisfatórias quanto à qualidade (todos os doentes notificados, todos os campos preenchidos, tempo de envio)?
() Sim () Não
77. Como o Sr(a) descreveria as condições operacionais do programa quanto aos resultados do Tratamento: Taxa de ABANDONO? _____ E quanto à taxa de CURA? _____
E quanto às taxas de letalidade e mortalidade por tuberculose? _____
78. Cite 3 aspectos facilitadores para o sucesso do programa nas UP, na sua opinião:

79. Cite 3 aspectos críticos que dificultariam o sucesso do programa, na sua opinião:

80. Qual a periodicidade de solicitação dos medicamentos específicos para as UP?
() anual () semestral () trimestral () outro _____
81. Recebe na quantidade solicitada? () Sim () Não
82. Se não, por que? _____
83. Como é feita a programação das drogas específicas para tuberculose? (critérios)
84. Quem faz a programação: () Coordenação Estadual do PCT () Vigilância Epidemiológica () Coordenação de saúde do sistema penitenciário () UP () Outro ____
85. A solicitação é feita para o nível federal? () Sim () Não
86. Se não, para onde é feita : _____
87. Sempre recebe a quantidade solicitada? () Sim () Não
88. Houve falta de medicamentos no último ano? () Sim () Não
Se houve falta de medicamentos:
89. Quais faltaram (nome e apresentação)? _____
90. Por quanto tempo ficou sem estes medicamentos? _____

91. Esta falta prejudicou o desempenho do PCT? () Sim () Não. Explicar: _____
92. E prejudicou o tratamento dos doentes? () Sim () Não
93. Esta droga havia sido pedida em quantidade suficiente para atender o nº de casos esperados? () Sim () Não
94. Quando faltou medicação, qual foi a orientação dada às UP, em relação ao doente que já estava em tratamento? _____
95. E para os casos novos que não haviam iniciado o tratamento? _____
96. Os medicamentos são armazenados pela Coordenação de saúde/PCT do sistema penitenciário do estado? () Sim () Não. Se sim, onde são armazenados? _____
97. O Sr(a), considera o local adequado para armazenamento? (quanto à segurança, temperatura, umidade, luz): () Sim () Não
98. A(s) equipe(s) de saúde das UP foi(foram) treinada(s) para diagnóstico e tratamento da tuberculose? () Sim () Não () Algumas: _____
99. Se sim, a coordenação do PCT estadual/municipal participou? _____
100. Há algum tipo de treinamento/educação continuada com a equipe de segurança (agentes penitenciários)? () Sim () Não. Se sim, como é feito? _____
101. Há algum tipo de atividade de educação/informação dirigida aos detentos e/ou redes sociais de apoio sobre TB? () Sim () Não. Se sim, como é feito?
102. Quantas UP no estado fazem diagnóstico e tratamento de Tuberculose? _____
103. O Sr(a) recebe as informações das UP sobre as atividades de controle da tuberculose que são desenvolvidas? () Sim () Não
104. Há comunicação entre as equipes de saúde das UP? () Sim () Não. Como é feito quando ocorre transferência de um detento para outra UP? _____
- O prontuário de saúde acompanha o detento em sua transferência? () Sim () Não
105. Como é feita a abordagem dos contatos do detento que tem o diagnóstico de TB feito na UP? _____
106. Como é feita a referência dos detentos que são libertados? _____
- É feita comunicação à vigilância epidemiológica do município? _____

Solicitar ao entrevistado onde poderá obter as informações não conhecidas por ele.

OBS. DO ENTREVISTADOR

ENTREVISTA - DIRETOR DA UNIDADE DE SAÚDE NA UNIDADE PRISIONAL

UF : _____

DATA: _____

ENTREVISTADOR : _____

01. Cargo/ Função do entrevistado: _____

02. Tempo que atua na direção da US em UP : _____

03. Como a Unidade de Saúde da UP está inserida hierarquicamente no sistema penitenciário e/ou de saúde? _____ Tem organograma? ()

Sim () Não

Solicitar a cópia.

04. Quais são as ações de saúde desenvolvidas na UP? (Prevenção, diagnóstico e tratamento)

05. A Unidade de Saúde da UP tem plano específico de combate à tuberculose? () Sim. Qual? _____ () Não

06. O programa na UP adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde? () Sim () Não

07. Tem o Manual de Normas do PCT? () Sim. Ano de edição: _____ () Não.

08. Há adaptação dessa normas para a UP? () Sim () Não

09. A Unidade de Saúde da UP realiza atividades de busca de casos entre os detentos? () Sim () Não

10. Se sim, quando? () No momento da admissão () Periodicamente, durante o encarceramento () Somente quando o detento procura a unidade de saúde

11. Quais são as atividades da direção da US/UP no controle da tuberculose? _____

12. Quantos profissionais compõem a equipe de saúde da UP? _____

13. Quantos de nível superior? _____

14. Quantos médicos? _____

15. Quantos enfermeiros? _____

16. Outros : _____

17. Quantos? _____

18. São todos treinados? () Sim () Não, nem todos foram treinados

19. Qual é a carga horária dos profissionais? Qual é a sua forma de contratação? Existe rotatividade? _____

20. A US/UP possui estrutura adequada para atender os casos de tuberculose?
 Sim Não
21. O nº de profissionais é suficiente para atender a demanda existente?
 Sim Não
22. Os profissionais de saúde, para realizar o diagnóstico e o tratamento, são especialistas?
 Sim Não
23. Se não, qual a formação? _____
24. Na US/UP existem referências para casos de Tuberculose? Sim Não
25. Qual é(são) a(s) referência(s)?(nome da Instituição e localidade) _____
26. É uma referência formal? Sim Não
27. Como é a relação da Unidade de Saúde da UP com o Laboratório? Onde são feitos os exames baciloscópicos? Sempre no mesmo laboratório? _____
28. Como é o processo de coleta da amostra para exame, armazenamento e envio para o laboratório? _____
29. Em quanto tempo o resultado da baciloscopia é recebido? _____
30. O tratamento é iniciado sem o resultado da baciloscopia? Sim Não
31. A Unidade de Saúde da UP tem condições de realizar cultura e Teste de Sensibilidade?
 Sim Não
32. Se sim, onde são realizados? _____
33. Se não, qual é a orientação para os casos identificados para este exame? _____
34. A cultura, para casos negativos à baciloscopia, é solicitada regularmente?
 Sim Não
35. A Cultura e o TSA, para os casos suspeitos de MDR, é solicitada regularmente?
 Sim Não
36. O detento é submetido a isolamento quando diagnosticado com tuberculose pulmonar?
 Sim Não . Em caso positivo, como é feito e por quanto tempo? _____
37. Qual é a orientação da US/UP quanto ao procedimento de tratamento supervisionado?
 fazer para todos os doentes fazer para os doentes com forma pulmonar positiva
 fazer para os doentes com forma pulmonar positiva ou negativa outro: _____
38. Qual é a orientação da US/UP para o procedimento de tratamento autoadministrado?
 fazer para todos os doentes fazer para os doentes com forma pulmonar negativa
 fazer para os doentes com forma pulmonar positiva ou negativa outro: _____
39. O Sr acha que a implantação destes procedimentos melhorou a taxa de cura de tuberculose na Unidade de Saúde da UP? Sim Não. Explicar: _____
40. Como o sr(a). descreveria a trajetória de um detento na UP para buscar assistência, receber o diagnóstico e fazer o tratamento e acompanhamento? _____

41. É ofertado o teste anti-HIV? () Sim () Não Qual é a proporção de pacientes testados? _____ E a proporção de coinfeção? _____
42. É feito o exame dos contatos do paciente com diagnóstico confirmado? () Sim () Não. E os contatos extramuros? _____ As visitas são comunicadas e orientadas? _____
43. Qual é o procedimento quando o detento é transferido ou posto em liberdade? _____
44. Como o Sr(a) descreveria a situação epidemiológica atual da Tuberculose na UP?
() Bom () Regular () Ruim. Explique: _____
45. Como o Sr(a) descreveria as condições operacionais do programa quanto aos Resultados do Tratamento: Taxa de ABANDONO? _____ E quanto à taxa de CURA? _____ E quanto às taxas de letalidade e mortalidade por tuberculose? _____
46. Existe um sistema de informação implantado na Unidade de Saúde da UP?
() Sim () Não
47. Há computador disponível para análise dos dados? () Sim () Não
48. Desde que ano esse sistema está implantado? _____
49. Emite relatórios? () Sim () Não *Solicitar cópia do(s) relatório(s) do último ano*
50. Como o Sr(a) descreveria as condições operacionais do programa na UP quanto ao Sistema de Informação (envio das notificações de acordo com o solicitado pela SES)?
() Satisfatório () Insatisfatório () Outro Por que? _____
51. E quanto ao preenchimento das notificações: são satisfatórias quanto à qualidade (todos os doentes notificados, todos os campos preenchidos, tempo de envio)? () Sim () Não
52. O Sr(a) conhece o valor total do orçamento de saúde do sistema penitenciário do último ano? () Sim () Não *Solicitar a cópia.*
53. O Sr(a) conhece o valor total ou percentual do orçamento de saúde do sistema penitenciário destinado ao programa de controle da tuberculose? () Sim () Não *Perguntar se existe algum tipo de registro e solicitar a cópia.*
54. Se sim, participou da definição deste valor ou percentual? () Sim () Não
55. Em caso positivo, o valor ou percentual é, em relação à sua proposta: () superior () inferior () bem próximo
56. É do seu conhecimento que o sistema penitenciário tenha recebido algum suporte financeiro do Ministério da Saúde, específico para tuberculose, nos últimos anos? () Sim () Não
57. Se sim, em que ano? _____
58. Se sim, qual a forma de repasse? _____
59. Se sim, quais os benefícios propiciados pelos recursos? _____
60. Participou de alguma avaliação/relatório de execução destes recursos? () Sim. Detalhar _____ () Não

61. Quais são os aspectos positivos do relacionamento da coordenação estadual do PCT com a direção das US/UP? _____

62. E os negativos do relacionamento? _____

63. Quais são os aspectos positivos do relacionamento da direção da US/UP com o PCT municipal? _____

64. E os negativos do relacionamento? _____

65. Existe integração formal para ações de controle da tuberculose nas UP com outras coordenações/ secretarias? () Sim. Qual (is) _____ () Não

66. A Coordenação de saúde/PCT do sistema penitenciário programa treinamento para as US/UP? () Sim () Não

67. Quantos (número) treinamentos foram realizados no último ano? _____

68. É feita a supervisão periódica nas US/UP pela coordenação de saúde/PCT do sistema penitenciário? () Sim () Não

69. Quantas supervisões foram programadas no último ano? _____

70. Quantas supervisões foram realizadas no último ano? _____

Se o número de supervisões realizadas não alcançou a meta, perguntar quais foram as dificuldades.

71. Cite 3 aspectos facilitadores para o sucesso do programa na UP, na sua opinião:

72. Cite 3 aspectos críticos que dificultariam o sucesso do programa, na sua opinião:

73. Qual a periodicidade de solicitação dos medicamentos específicos para tuberculose na Unidade de Saúde da UP? () anual () semestral () trimestral () outro _____

74. Recebe na quantidade solicitada? () Sim () Não

75. Se não, por que? _____

76. Como é feita a programação das drogas específicas para tuberculose? (critérios)

77. Quem faz a programação: () Coordenação Estadual do PCT () Vigilância Epidemiológica () Coordenação de saúde do sistema penitenciário () Unidade de Saúde da UP () Outro _____

78. Onde é feita a solicitação e quem faz? _____

79. Houve falta de medicamentos no último ano? () Sim () Não

80. Se sim, quais faltaram (nome e apresentação)? _____

81. Se sim, por quanto tempo ficou sem estes medicamentos? _____

Se houve falta de medicamentos:

82. Esta falta prejudicou o desempenho do PCT? () Sim () Não Explicar: _____

83. E prejudicou o tratamento dos doentes? () Sim () Não

84. Esta droga havia sido pedida em quantidade suficiente para atender o nº de casos esperados? () Sim () Não
85. Quando faltou medicação, qual foi a orientação dada à Unidade de Saúde da UP em relação ao doente que já estava em tratamento? _____
86. E para os casos novos que não haviam iniciado o tratamento? _____
87. Os medicamentos são armazenados pela Coordenação de saúde/PCT do sistema penitenciário do estado? () Sim () Não
88. Se sim, onde são armazenados? _____
89. O Sr(a), considera o local adequado para armazenamento? (quanto à segurança, temperatura, umidade, luz): () Sim () Não
90. Se não são armazenados na Coordenação, onde são? _____
91. O Sr(a) recebe as informações sobre as atividades de controle da tuberculose que são desenvolvidas pela Coordenadoria de Saúde? () Sim () Não

Solicitar ao entrevistado onde poderá obter as informações não conhecidas por ele.

OBS DO ENTREVISTADOR

ENTREVISTA - PROFISSIONAL DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

UF: _____

MUNICÍPIO: _____

UP: _____

ENTREVISTADOR: _____

DATA: _____

1. Cargo do Entrevistado: _____

2. Formação: _____

3. Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

4. Há quanto tempo trabalha nesta unidade? _____

5. Tipo de vínculo: _____

6. No último ano recebeu supervisão da Coordenação de Saúde Penitenciária? () Sim.
Quantas? _____ () Não

7. A UP tem o manual de normas de controle da tuberculose? () Sim () Não

8. No último ano recebeu algum treinamento sobre tuberculose? () Sim () Não

9. Se sim, quantos treinamentos foram realizados e qual(is) foi(ram) a(s) instituição(ões) responsável(is)? _____

10. No último ano recebeu apoio para ida a eventos relacionados com sua atividade?
() Sim () Não

11. Você sabe como são planejados e decididos os recursos para as ações de controle da tuberculose no sistema penitenciário? _____

12. Na sua opinião esses recursos são bem aplicados? () Sim () Não. Por que? _____ () Não sei

13. Existe falta de recursos para a saúde? () Sim () Não E para as ações de TB? () Sim. Quais e quando faltaram? _____ () Não

14. Como o indivíduo com suspeita de tuberculose chega à unidade de saúde (acesso)? _____

15. Há algum tipo de obstáculo que pode dificultar ou impedir o acesso do sentenciado ao serviço de saúde? _____

16. O que é considerado um caso suspeito? _____

17. Qual é o procedimento quando há suspeita de tuberculose? _____

18. É solicitada baciloscopia para todos os casos suspeitos? () Sim () Não

19. Como é a coleta de exames de escarro? _____
20. Quantas vezes por semana os exames são levados para o laboratório? _____
21. Qual é o laboratório que realiza o exame? _____ É sempre o mesmo? _____
22. Houve falta de algum insumo para a coleta no último ano? () Sim. Qual e por quanto tempo? _____ () Não
23. Tempo entre o recebimento do material biológico pelo doente e o envio ao laboratório: _
24. Local de armazenamento do material biológico: _____
25. Tempo entre o envio e o recebimento do resultado do exame: _____
26. Quem recebe o resultado e qual é o procedimento? _____
27. Quem orienta o paciente como coletar o escarro? _____
28. Quando o material é inadequado e/ou o doente fala que não tem escarro, qual a conduta tomada? _____
29. Espera o resultado da baciloscopia para iniciar o tratamento? () Sim () Não
30. Quem informa o diagnóstico para os pacientes? _____
31. Qual é a conduta para com os casos diagnosticados? _____
32. Em que situação(ões) é solicitado o Raio X? _____
33. Onde é feito o RaioX? _____
34. Quando é solicitada a cultura e o TS? _____
35. Existe alguma dificuldade para a realização dos exames dos sentenciados? _____
36. Como é feito o acompanhamento dos casos de tuberculose? Por que profissional? _____
37. Você orienta os pacientes sobre o mecanismo de transmissão da doença e os cuidados de prevenção? Como isso é feito? _____
38. Realiza atividades de busca de casos entre os detentos? () Sim () Não
39. Se sim, quando? () No momento da admissão () Periodicamente, durante o encarceramento () Somente quando o detento procura a unidade de saúde
40. Qual é a conduta para suspeitos de resistência? _____
41. Há local de referência para tratamento e/ou diagnósticos complicados? (ex.: resistência, doença associada, não melhora no tratamento, etc) () Sim () Não
42. Local de referência: _____
43. Há local de referência para internações? () Sim () Não
44. Local de referência: _____
45. Existe Plano de Ação Local (UP)? () Sim () Não
46. Existem parcerias (Ex.: com outros Programas, Secretarias, ONGS, etc)? () Sim () Não
47. Se sim, qual ou quais? _____
48. Faz a notificação quando inicia o tratamento? () Sim () Não

49. O tratamento é supervisionado? () Sim () Não. Em caso positivo, como e por quem? _____ Em caso negativo, como é o fornecimento de medicamentos para o tratamento autoadministrado? _____
50. Qual a conduta tomada com o paciente de tuberculose caso abandone o tratamento? _____
51. Qual é a conduta com relação aos contatos do paciente (intra e extramuros)? _____
52. Em sua opinião, a unidade de saúde consegue prestar serviços com qualidade (humanização, acessibilidade, continuidade, inclusão, qualidade técnica e satisfação do usuário)? () Sim () Não. Explique: _____
53. Em sua opinião, que aspectos precisariam ser implementados (insumos, recursos humanos, capacitação, gestão, etc.) nesta unidade para um melhor desenvolvimento das atividades de controle da tuberculose? _____
54. Em sua opinião, as ações de controle da tuberculose são prioritárias na unidade prisional?
55. Como você se percebe, enquanto profissional, no processo de controle da tuberculose no ambiente penitenciário? _____
56. É possível identificar objetivos comuns em torno dos quais a equipe de saúde se articula?
57. Quais as maiores e menores qualidades dos profissionais desta unidade? _____
58. De quem é a responsabilidade pelo planejamento das ações de saúde na unidade, bem como do apoio e supervisão? _____

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR

ENTREVISTA COM PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UNIDADES PRISIONAIS

UF: _____

MUNICIPIO : _____

Nº QUESTIONARIO: _____

DATA : _____

ENTREVISTADOR: _____

1. Idade:

2. O Sr. trata de que doença aqui no serviço ?

3. Quando o Sr. ouve a palavra TUBERCULOSE o que lhe vem a cabeça? Estimular o paciente a expressar 4 evocações (palavras/sentimentos/emoções/lembranças)

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

4. O sr. acha que a tuberculose tem cura? () Sim () Não Em caso positivo, como é curada?

5. História epidemiológica:

	TB anterior	Familiar com TB	Conhecido com TB
Há quanto tempo?			
Tratado?			
Condições de alta			

6. O que o Sr. fez quando suspeitou que estava doente?

7. Em quanto tempo o Sr. conseguiu atendimento quando suspeitou da doença? () no mesmo dia () na mesma semana () outro:

8. Há algum tipo de obstáculo que pode dificultar ou impedir o acesso de um sentenciado ao serviço de saúde?

9. Quem atendeu o Sr (a) na primeira vez que veio à unidade de saúde?

10. O que foi feito no primeiro atendimento?

11. O Sr. foi orientado para fazer o exame de escarro? () Sim () Não. Em caso positivo, quem fez a orientação?

12. Em que local o Sr. fez a coleta do escarro?
13. O Sr (a) é atendido sempre pelo mesmo médico?
14. Se sim, qual o nome dele (a)?
15. A consulta é sempre marcada?
16. Consegue atendimento sem consulta marcada? ? () Sim () Não
17. Durante o seu tratamento foi feito Raio X de tórax? () Sim () Não. Se positivo, quantas vezes?
18. Como é feito o seu tratamento? () supervisionado todos os dias () supervisionado nos dias úteis e autoadministrado nos fins de semana () autoadministrado () outro: _
19. No caso de tratamento supervisionado, por quem e como é feito?
20. O Sr. toma os medicamentos com água filtrada ? () Sim () Não
21. Já houve falta de medicamentos? () Sim. Por quanto tempo? _____ () Não
22. Em sua opinião, o Sr. é tratado com atenção e respeito pelos profissionais de saúde?
() Sim () Não. Explique:
23. O Sr. foi informado sobre o exame das pessoas com as quais mantém contato? () Sim. Qual foi a orientação? _____ () Não
24. Cite 3 aspectos positivos do serviço:
- a) _____
- b) _____
- c) _____
25. Cite e 3 aspectos negativos do serviço
- a) _____
- b) _____
- c) _____
26. Em sua opinião, o que as pessoas devem saber sobre Tuberculose?

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR:

ENTREVISTA – AGENTE DE SEGURANÇA PENITENCIÁRIA

UF: _____

MUNICÍPIO: _____

UP: _____

ENTREVISTADOR: _____

DATA: _____

1. Idade: _____

2. Escolaridade/Formação: _____

3. O Sr. recebeu algum treinamento sobre tuberculose? () Sim. Quando? ____ () Não

4. O Sr. sabe o que é tuberculose? Como se transmite? Tem cura?

5. O sr., alguém da família ou conhecido já tiveram tuberculose? () Sim. Há quanto tempo? _____ () Não

6. Quais são as principais informações que alguém deve saber sobre tuberculose, em sua opinião? _____

7. Quando o Sr. tem alguma dúvida sobre o controle da tuberculose, tem a quem recorrer? () Sim. Quem? _____ () Não

8. O que acontece quando um preso solicita atendimento de saúde? _____

9. O que é feito quando um preso informa que há outro com tosse? _____

10. Há algum tipo de obstáculo que pode dificultar ou impedir o acesso do sentenciado ao serviço de saúde? _____

11. Qual os cuidados que o Sr. deve ter para prevenir a tuberculose no presídio? _____

12. O Sr. participa da prevenção e/ou dos cuidados de saúde dos presos? () Sim. Como? _____ () Não

13. O Sr. participa de busca ativa de casos de tuberculose? () Sim. Como é feita? _____ () Não

14. O Sr. acompanha presos a exames fora da unidade prisional? () Sim. Como é feito? _____ () Não

15. As consultas dos presos são sempre marcadas? () Sim () Não

16. O que acontece quando um preso pede atendimento imediato sem consulta marcada?

17. Como é realizado o tratamento dos presos com tuberculose? () supervisionado todos os dias () supervisionado nos dias úteis e autoadministrado nos fins de semana () autoadministrado () outro: _____

18. No caso de tratamento supervisionado, por quem e como é feito? _____

19. Em sua opinião, os presos são tratados com atenção e respeito pelos profissionais de saúde? () Sim () Não. Explique: _____

20. Cite 3 aspectos positivos do serviço de saúde da unidade prisional:

a) _____

b) _____

c) _____

21. Cite e 3 aspectos negativos do serviço de saúde da unidade prisional:

a) _____

b) _____

c) _____

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR

ANEXO II

Projeto “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais de dois estados brasileiros” ENSP/FIOCRUZ

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA NA UNIDADE DE SAÚDE PENITENCIÁRIA

I – RECEPÇÃO DO SERVIÇO

- Horário de funcionamento do serviço
- Forma de organização da chegada dos usuários ao serviço
- Profissional que faz a recepção do usuário
- Ambiente, privacidade do usuário
- Capacidade de escuta e discriminação da demanda
- Capacidade de diálogo e orientação (pacientes novos, pacientes sem agendamento, pacientes agendados)
- Grau de autonomia do profissional na tomada de decisões
- Registro de dados
- Orientações e encaminhamentos (internos e externos)
- Tempo entre o agendamento e a consulta

II – SALA DE ESPERA

- Espaço físico
- Postura dos usuários
- Reclamações
- Tempo de espera para consulta
- Realização de atividades educativas, Cartazes

III – CONSULTÓRIOS

- Equipamentos e outros insumos: Balança de adulto, Formulário de atendimento, Termômetro, Negatoscópio, Mesa com duas cadeiras, Mesa de exame, Ventilador e/ou exaustor.

IV – TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

- Tipo de atividade desenvolvida por cada profissional
- Relação de escuta e diálogo com os usuários, conteúdos apresentados, adequação da linguagem
- Abordagem de contatos

- Formas de registro do trabalho

V – TRABALHO DA FARMÁCIA

- Formas de registro
- Medicamentos disponíveis:
- Local e condições de armazenamento dos medicamentos
 - Temperatura da sala: () Adequada () Inadequada
 - Sofre ação da luz solar direta nas drogas?): () Sim () Não
 - A sala tem umidade? : () Sim () Não
 - As embalagens estão sem violação? () Sim () Não
 - As embalagens tem mancha? () Sim () Não
 - Medicamentos com prazo de validade? () Sim () Não
- Período(s) de falta de medicamentos no último ano : _____

VI – TRABALHO DO MÉDICO

- Duração da consulta, tempo para o paciente tirar dúvidas e expor suas dificuldades
- Como é informado o diagnóstico e tratamento
- Abordagem dos contatos
- Registro do atendimento

VII - OBSERVAÇÃO DO MANEJO DE CASOS

Verificação de:

- () Temperatura corporal () Tosse e expectoração () Ausculta respiratória
- () Estado Nutricional(peso) () Tratamento medicamentoso (uso regular/efeitos adversos)
- () Exames laboratoriais e radiológicos () Exames ou consultas especializados

Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças :

- () Orientações sobre modo de transmissão () Orientações para exame dos contatos
- () Orientações para Retorno ao Serviço () Notificação Compulsória de doenças
- () Orientações sobre o Tratamento () Perguntas de Verificação

Tratamento supervisionado:

- () Copo descartável () Água filtrada () Relação de escuta e diálogo
- () Orientações sobre o tratamento

OBSERVAÇÕES:

ANEXO III

Projeto “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais de dois estados brasileiros” ENSP/FIOCRUZ

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

<p>Unidade</p> <p>Nº de ordem Pront. Examinados</p> <p>Nº do prontuário</p>	<p><u>1 - Identificação do paciente:</u></p> <p>a) nome completo b) Idade ou Data de Nascimento c) Endereço atualizado d) Endereço com referência</p>	<p><u>2-Anamnese e Evolução:</u></p> <p>1. Exame admissional</p> <p>2. Anamnese a) Descrição de sinais e sintomas (tosse e expectoração) b) História de tratamento anterior c) História de contato d) Doença associada e) História de alergia a medicamentos f) História de uso de álcool</p> <p>3. Solicitação ou Resultados de Exames Laboratoriais na primeira consulta: a) baciloscopia de escarro b) RX de tórax c) Outros</p> <p>4. Sinais Vitais: a) Peso b) PA c) Temperatura</p> <p>5. Exame Físico: a) Exame do aparelho respiratório b) Exame Físico Completo</p> <p>6. Forma clínica</p>	<p><u>3-Tratamento / evolução terapêutica:</u></p> <p>a) registro do esquema terapêutico indicado / drogas b) registro de doses mensais c) registro de efeitos adversos d) registro de outras ocorrências e encaminhamentos (até negativos) e) registro de resultados de exames solicitados f) data início do tratamento g) Esquema de Tratamento h) Forma de administração dos medicamentos i) número de baciloscopias solicitadas na evolução j) número de resultados de baciloscopias registrados k) mês de solicitação das baciloscopias l) Resultado de cultura m) Resultado de TS</p>	<p><u>4- Alta terapêutica:</u></p> <p>a) registro do tipo de alta do tratamento : cura, abandono, óbito, transferência, mudança de diagnóstico, falência.</p> <p>b) Data da alta: _____/_____/_____</p> <p>c) Solicitação de baciloscopia na alta d) Registro de resultado da baciloscopia da alta</p> <p><u>5 – Contatos:</u> a) registrados: _____ b) examinados: _____</p>	<p><u>6 - Registros</u></p> <p>a) datados b) assinados c) orientação individual d) orientação sobre os contatos</p>
---	--	---	--	---	--

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIOS

<p>Unidade _____</p> <p>Nº _____</p> <p>Pront _____</p>	<p>1</p> <p>a ()</p> <p>b ()</p> <p>c ()</p> <p>d ()</p>	<p>2</p> <p>1. ()</p> <p>2. () a () b () c ()</p> <p>() d () e () f ()</p> <p>3. () a () b () c ()</p> <p>4. () a () b () c ()</p> <p>5. () a () b ()</p> <p>6. () Pulmonar</p> <p>() Extra-pulmonar</p>	<p>3</p> <p>a () b () c ()</p> <p>d () e ()</p> <p>f) ___/___/___</p> <p>g) Esquema</p> <p>() l () outro</p> <p>h) ()</p> <p>supervisionado ()</p> <p>autoadministrado</p> <p>i) _____</p> <p>j) _____</p> <p>k) Mês: _____</p> <p>l) ()</p> <p>m)()</p>	<p>4</p> <p>a ()</p> <p>b ___/___/___</p> <p>c () d ()</p> <p>5</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p>	<p>6</p> <p>a ()</p> <p>b ()</p> <p>c ()</p> <p>d ()</p>
<p>Unidade _____</p> <p>Nº _____</p> <p>Pront _____</p>	<p>1</p> <p>a ()</p> <p>b ()</p> <p>c ()</p> <p>d ()</p>	<p>2</p> <p>1. ()</p> <p>2. () a () b () c ()</p> <p>() d () e () f ()</p> <p>3. () a () b () c ()</p> <p>4. () a () b () c ()</p> <p>5. () a () b ()</p> <p>6. () Pulmonar</p> <p>() Extra-pulmonar</p>	<p>3</p> <p>a () b () c ()</p> <p>d () e ()</p> <p>f) ___/___/___</p> <p>g) Esquema</p> <p>() l () outro</p> <p>h) ()</p> <p>supervisionado ()</p> <p>autoadministrado</p> <p>i) _____</p> <p>j) _____</p> <p>k) Mês: _____</p> <p>l) ()</p> <p>m)()</p>	<p>4</p> <p>a ()</p> <p>b ___/___/___</p> <p>c () d ()</p> <p>5</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p>	<p>6</p> <p>a ()</p> <p>b ()</p> <p>c ()</p> <p>d ()</p>
<p>Unidade _____</p> <p>Nº _____</p> <p>Pront _____</p>	<p>1</p> <p>a ()</p> <p>b ()</p> <p>c ()</p> <p>d ()</p>	<p>2</p> <p>1. ()</p> <p>2. () a () b () c ()</p> <p>() d () e () f ()</p> <p>3. () a () b () c ()</p> <p>4. () a () b () c ()</p> <p>5. () a () b ()</p> <p>6. () Pulmonar</p> <p>() Extra-pulmonar</p>	<p>3</p> <p>a () b () c ()</p> <p>d () e ()</p> <p>f) ___/___/___</p> <p>g) Esquema</p> <p>() l () outro</p> <p>h) ()</p> <p>supervisionado ()</p> <p>autoadministrado</p> <p>i) _____</p> <p>j) _____</p> <p>k) Mês: _____</p> <p>l) ()</p> <p>m)()</p>	<p>4</p> <p>a ()</p> <p>b ___/___/___</p> <p>c () d ()</p> <p>5</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p>	<p>6</p> <p>a ()</p> <p>b ()</p> <p>c ()</p> <p>d ()</p>

INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

- Na primeira coluna deve-se registrar as iniciais da unidade, o número de registro do paciente e o número da coleta (em ordem crescente).
- Registrar entre parênteses a letra **S** para Sim e **N** para Não de acordo com a presença ou ausência do dado no prontuário do paciente. As iniciais **NA** poderão ser utilizadas em casos em que a pergunta específica “não se aplica” ao caso.

1 – Será considerado endereço atualizado se o prontuário tiver sido aberto há menos de 2 anos ou se houver algum registro com atualização do endereço há menos de 2 anos (ou algum registro de que o endereço é o mesmo da abertura do prontuário). Deve-se verificar se há uma referência do endereço. Assinalar **NA** (não se aplica) nos casos de endereços muito conhecidos pela comunidade.

2 – No registro da anamnese, verificar:

2.1 – se houve exame admissional (S ou N)

2.2

- a) se há descrição de sinais e sintomas do paciente,
- b) se é mencionado tratamento anterior (ou a menção de não ter história de tratamento anterior),
- c) se é registrado se o paciente teve contato com alguém com tuberculose (ou a menção de negar ter tido contato),
- d) se há registro de doença associada (diabetes, AIDS ou outras) ou registro de que não apresenta nenhuma doença associada,
- e) o registro de o paciente ter ou não alguma alergia medicamentosa,
- f) o registro do uso (ou não) de álcool.

2.3

- a) o registro da solicitação da baciloscopia de escarro ou o resultado recente se o paciente o tiver – nesse ítem anotar a sigla **NA** (não se aplica) caso a forma clínica seja extra-pulmonar e não haja suspeita da forma pulmonar concomitante,
- b) a solicitação de Raio X de tórax ou o resultado recente se o paciente o tiver – nesse ítem anotar a sigla **NA** (não se aplica) caso a forma clínica seja extra-pulmonar e não haja suspeita da forma pulmonar concomitante,
- c) a solicitação de outros exames laboratoriais: dosagem de enzimas hepáticas, sorologia p/ HIV, hemograma ou outros.

2.4 - Nos registros das consultas, verificar: (considerar **Sim** quando 70% ou mais das consultas tiverem esses dados e **Não** quando a quantidade de registros for inferior a este percentual)

- a) a presença de registro de peso,
- b) a presença de registro de PA, e
- c) a presença de registro de temperatura

2.5

a) a descrição do resultado do exame do aparelho respiratório - nos casos de tuberculose pulmonar, considerar **Sim** quando 70% ou mais das consultas tiverem esse relato e **Não** quando a quantidade de registros for inferior a este percentual. Nos casos de tuberculose extra-pulmonar considerar **NA** (não se aplica)

b) a descrição do exame físico (incluindo minimamente o estado geral do paciente, a coloração das mucosas e o exame do abdome) – considerar **Sim** na presença de registro em 50% ou mais das consultas descritas e **Não** quando a quantidade de registros for inferior a este percentual.

2.6 – Assinalar a forma clínica da tuberculose (pulmonar ou extra-pulmonar)

3 – Nos registros de acompanhamento do paciente durante seu tratamento, verificar:

- a) o registro do esquema terapêutico indicado
- b) o registro das doses com as possíveis mudanças de acordo com aumento de peso do paciente
- c) o registro de efeitos adversos ou de que o paciente vem apresentando boa tolerância ao esquema terapêutico
- d) o registro de outras ocorrências e encaminhamentos
- e) o registro do resultado dos exames solicitados (ou a menção de estar aguardando os resultados)
- f) a data de início do tratamento
- g) assinalar o esquema de tratamento do paciente (caso tenha havido mudança de esquema, considerar o esquema em que houve o desfecho do tratamento)
- h) assinalar a forma de administração do tratamento. Considerar como supervisionado se houver algum registro de que o paciente esteve em TDO a maior parte do tratamento ou se houver registro das tomadas diárias de medicamentos. Caso haja somente um registro mensal de comparecimento do paciente ao serviço ou ausência de registro, considerar como autoadministrado.
- i) registrar o número de baciloscopias solicitadas durante o tratamento – considerar **NA** (não se aplica) nos casos de tuberculose extra-pulmonar
- j) registrar o número de baciloscopias com resultado anotado no prontuário

- k) registrar em que meses do tratamento foram solicitadas as baciloscopias (1º, 2º, 3º, etc.)
- l) verificar se há resultado de cultura registrado (S ou N)
- m) verificar se há resultado de teste de sensibilidade registrado (S ou N)

4 – Alta

- a) verificar se foi registrado o tipo de desfecho do tratamento.
- b) registrar a data da alta (desfecho)
- c) verificar se foi feita a solicitação de baciloscopia na alta. Considerar **NA** (não se aplica) nos casos de tuberculose extra-pulmonar e nos desfechos abandono ou óbito.
- d) verificar se foi registrado o resultado da baciloscopia da alta

5 – Registro dos contatos

- a) registrar o número de contatos anotados no prontuário
- b) registrar o número de contatos anotados que foram examinados

6 – Verificar se os registros são:

- a) datados (considerar **Sim** quando 70% ou mais dos registros estiverem datados)
- b) assinados (considerar **Sim** quando 70% ou mais dos registros estiverem com assinatura legível e/ou carimbo)
- c) verificar se há algum registro de orientação individual (alimentação, repouso, tomada diária dos medicamentos, etc.)
- d) verificar se há algum de orientação quanto aos contatos (forma de transmissão, cuidados para evitar exposição de familiares, necessidade de exame dos contatos)

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Profissionais

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título “**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM UNIDADES PRISIONAIS NO BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA DE DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO**”.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar o desempenho das ações de controle da tuberculose na população de presidiários das penitenciárias brasileiras, comparando diferentes modelos de gestão. Pretende verificar, junto aos profissionais e gestores das Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, Unidades Prisionais, profissionais de saúde das unidades e usuários, as condições de implantação do programa, o atendimento e acompanhamento dos pacientes e encaminhamento de seus contatos.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá mediante a realização de entrevista que será gravada em aparelho digital e posteriormente transcrita com a garantia de sigilo das informações prestadas, do informante e da Instituição a qual você pertence. O risco de que sua identidade venha a público e sua participação cause constrangimento perante pessoas e instituições é praticamente nulo em razão dos cuidados na proteção da confidencialidade das informações. O protocolo desta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e aprovado. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição. O benefício relacionado à sua participação é: contribuir para o conhecimento sobre o desempenho do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais, comparando diferentes modelos de gestão, o que poderá ajudar no planejamento das intervenções de forma mais adequada.

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

Os resultados relativos à pesquisa serão apresentados às Instituições participantes sob a forma de relatório executivo da pesquisa. Você e sua Instituição, não serão identificados quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de relatório e/ou publicação científica.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma):.....

Assinatura do participante: Data:...../...../.....

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador:..... Data:/...../.....

Pesquisador: Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira

Rua Marquês de Paraná, 303 – CMS/MPS - 3º andar do prédio anexo – Centro – Niterói – RJ
Telefone (21) 2629-9348 / 2629-9351

Comitê de Ética em Pesquisa: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ Tel: (21) 2598.2863

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuários

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título “**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM UNIDADES PRISIONAIS NO BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA DE DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO**”.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar como tem sido desenvolvidas as ações de controle da tuberculose nas prisões do Brasil. Serão feitas entrevistas com profissionais responsáveis pela organização do Programa de Controle da Tuberculose, com profissionais de saúde e detentos com perguntas sobre como o programa é desenvolvido, sobre o atendimento e acompanhamento dos pacientes e o encaminhamento de seus contatos.

A sua contribuição na pesquisa será responder a entrevista que será gravada em aparelho digital e depois transcrita. Seu nome permanecerá em segredo e serão tomadas precauções para que sua identidade não seja conhecida. O protocolo desta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e aprovado. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não vai trazer nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a penitenciária. O benefício relacionado à sua participação é contribuir para o conhecimento sobre o como o Programa de Controle da Tuberculose está sendo desenvolvido nas Unidades Prisionais, o que poderá ajudar a planejar melhor as atividades para o futuro.

Você não terá que fazer nenhum tipo de pagamento para participar desta pesquisa. Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

Os resultados da pesquisa serão apresentados às Instituições participantes (Sistema prisional) sob a forma de relatório. Você e a penitenciária em que se encontra não serão identificados quando o material da sua entrevista for utilizado, seja para o relatório e/ou publicação científica.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma):.....

Assinatura do participante:Data:...../...../.....

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador:..... Data:/...../.....

Pesquisador: Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira

Rua Marquês de Paraná, 303 – CMS/MPS - 3º andar do prédio anexo – Centro – Niterói – RJ
Telefone (21) 2629-9348 / 2629-9351

Comitê de Ética em Pesquisa: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manginhos – Rio de Janeiro – RJ Tel: (21) 2598.2863

**COMPROVANTES DE APROVAÇÃO PELO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa**



Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 141/10
CAAE: 0147.0.031.000-10**

Título do Projeto: “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil: análise de diferentes modelos de gestão”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Luiz Antonio Bastos Camacho

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 22 / 06 / 2010

Data de apreciação: 07 / 07 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Prof. Angela Esher
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Mat.: 1355884

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais de dois estados brasileiros

Pesquisador: Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira

Versão: 1

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

CAAE: 01428112.6.0000.5240

PARECER DO COLEGIADO

Número do Parecer: 13477

Data da Relatoria: 04/04/2012

Apresentação do Projeto:

A pesquisa "Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais de dois estados brasileiros" é um projeto de doutorado da aluna Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira, sob a orientação do prof. Luiz Antonio Bastos Camacho e co-orientação da prof. Sonia Natal. Os dados utilizados nesta pesquisa provêm de fontes secundárias, através dos registros de entrevistas semi-estruturadas e observação direta realizadas no decorrer do projeto "Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais no Brasil: Análise comparativa de diferentes modelos de gestão", Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 067/2009, aprovado pelo CEP/ENSP através do parecer nº 141/10, CAAE:0147.0.031.000-10. Outros dados coletados pelo projeto supracitado, com utilização dos documentos e normas técnicas do programa, relatórios, livros de registro, prontuários e SINAN-TB, também serão utilizados para esta pesquisa. A pesquisadora participou da equipe do projeto principal, atuando nas etapas de coordenação do trabalho de campo, identificação de necessidades, execução do estudo piloto, preparo de relatórios de execução, supervisão e apoio à análise dos dados qualitativos e revisão bibliográfica.

Este estudo se justifica pela alta incidência da tuberculose nas unidades prisionais, sendo 25 vezes maior do que na população geral, fazendo dessa população uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). A avaliação do programa poderá prover os gestores de uma gama de informações sobre como os programas estão operando. Será utilizada a abordagem qualitativa: análise documental e do registro de entrevistas já realizadas com gestores e técnicos da Coordenadoria de Saúde da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e com diretores das unidades de saúde penitenciária, profissionais de saúde atuando no sistema prisional, agentes de segurança e presidiários em tratamento para tuberculose. Serão também utilizados os registros de visitas a unidades prisionais e de observação das atividades do programa. Parte-se do pressuposto de que a implantação das ações como normatizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose e pelo Programa Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) resultaria no alcance dos resultados almejados: aumento da detecção de casos, aumento nas taxas de cura, redução nas taxas de abandono de tratamento e de mortalidade. Haveria, conseqüentemente, a redução da transmissão e diminuição das taxas de incidência.

O estudo de avaliação do PCT no Sistema Prisional será constituído de duas etapas: estudo de avaliabilidade e estudo de caso. Como recomendado para o estudo de avaliabilidade, foram coletados dados de entrevistas realizadas com especialistas em controle de TB prisional, gestores do programa e diretores de unidades de saúde prisional. Foi realizada a análise dos documentos e manuais técnicos do programa, legislação de saúde no sistema penitenciário, teses e artigos publicados. A segunda etapa da avaliação trata-se de um estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados. Foram selecionados 2 estados brasileiros e, para cada um deles, 2 Unidades Prisionais como unidades de análise. Os critérios para a seleção dos casos incluíram: contar com programa formal de controle da TB implantado, com tratamento ambulatorial e/ou hospitalar próprios; realizar o diagnóstico laboratorial da TB; ter maior número de casos novos de TB registrados; e ter maior número de detentos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a implantação do programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros, considerando a influência dos contextos externo e político-organizacional.

Objetivo Secundário:

Determinar o grau de implantação do PCT nas unidades prisionais; identificar os fatores contextuais que influenciam o grau de implantação; analisar o grau de articulação entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Coordenadoria Estadual de Saúde Penitenciária como fator facilitador ou obstáculo ao desenvolvimento das ações do PCT; analisar o grau de autonomia técnica e gerencial do programa no

Sistema Prisional; avaliar a estrutura e o processo de trabalho do PCT nas unidades prisionais selecionadas; e analisar os resultados do tratamento da tuberculose nas unidades prisionais selecionadas e no sistema prisional do estado, relacionando-os ao grau de implantação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco de que a identidade do entrevistado (cujo registro de entrevista será utilizado) venha a público e sua participação cause constrangimento perante pessoas e instituições é praticamente nulo em razão dos cuidados na proteção da confidencialidade das informações. As informações junto aos gestores, profissionais de saúde, agentes penitenciários e detentos foram coletadas com consentimento prévio e autorizadas, resguardados o anonimato e a privacidade dos informantes. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todas as pessoas envolvidas, lido e assinado, sendo esclarecidas as possíveis dúvidas pelo pesquisador. Foi também solicitada a autorização para gravação em áudio, quando necessário. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre o uso exclusivo para estudo, das informações coletadas.

O benefício relacionado à participação na pesquisa é contribuir para o conhecimento sobre desempenho do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais, comparando diferentes modelos de gestão, o que poderá ajudar no planejamento das intervenções de forma mais adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de grande relevância dada a pouca informação disponível sobre a implantação do PCT no sistema prisional e da magnitude do problema no Brasil. Os dados já foram coletados e os objetivos da presente pesquisa estavam contemplados na pesquisa original. Esta pesquisa tem aprovação do CEP/ENSP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo a aprovação do CEP ENSP do projeto principal.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

RIO DE JANEIRO, 18 de Abril de 2012.



Assinado por:

Ângela Fernandes Esher Moritz

Profa. Ângela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP