



SEÇÃO: ARTIGO ORIGINAL

A população privada de liberdade e a tuberculose: perfil epidemiológico em Porto Alegre/RS

The people deprived of their liberty and the tuberculosis: epidemiological profile in Porto Alegre/RS

Fabiola Bastos
Giergowicz¹

orcid.org/0000-0003-2567-9251
fabiola26@gmail.com

Ibrahim Clós Mahmud²

orcid.org/0000-0002-2631-2964
ibrahim_mahmud@hotmail.com

Recebido em: 1/5/2020.

Aprovado em: 15/8/2020.

Publicado em: 03/11/2020.

Resumo

Introdução: a tuberculose é uma das doenças infecciosas mais antigas do mundo. Causada pela bactéria *Mycobacterium Tuberculosis*, é transmitida através do ar – aerossóis. Segundo a Organização Mundial da Saúde cerca de 100 milhões de pessoas são infectadas a cada ano e, aproximadamente, entre 8-10 milhões desenvolverão a doença.

Objetivos: o seguinte trabalho visa descrever o perfil epidemiológico da tuberculose no município de Porto Alegre, RS, na população privada de liberdade (PPL), no período de 2015 a 2017.

Métodos: é um estudo descritivo de abordagem quantitativa, elaborado a partir de dados disponíveis no Sistema de Notificação e Agravos, sobre os casos de incidência notificados no município, observando-se a população em geral e a carcerária.

Resultados: como resultados, em 2017 a população geral teve uma queda de 1378 casos novos e, a PPL cresceu, registrando 167 eventos. A taxa de cura entre os casos da população geral foi de 53,87% já na PPL foi de 77,3%. Ocorreu óbito em 75,4% dos pacientes carcerários e, em 16,6% da população geral, os casos de abandono representam 26,1% entre os apenados e 19,24% da população geral.

Conclusões: conforme os resultados apresentados, evidencia-se que a tuberculose prevalece na população prisional e que as condições estruturais dos presídios dificultam a garantia do direito ao acesso à saúde.

Palavras-chave: tuberculose, tuberculose pulmonar, prisioneiros, gestão em saúde.

Abstract

Introduction: the tuberculosis is one of the oldest infectious diseases in the world, caused by the bacterium *Mycobacterium Tuberculosis*, is transmitted through air – aerosols. According to the World Health Organization, about 100 million people are infected each year, and about 8-10 million will develop the disease.

Aims: the following article aims to describe the epidemiological profile of tuberculosis in the city of Porto Alegre/RS, in deprived of liberty population (DLP) in the period 2015-2017.

Methods: this is a descriptive study with a quantitative approach, based on data available in the Notification and Injury System, on reported cases of incidence in the city, observing the general population and the prisoners.

Results: as a result, in 2017 the general population dropped by 1,378 new cases and DLP grew to 167 events. The cure rate among cases of the general population was 53,87% while in the DPL it was 77,3%. Death occurred in 75,4% of prison patients and in 16,6% of the general population, abandonment cases represent 26,1 among the inmates and 19,24% of the general population.

Conclusions: according to the results presented, it is evident that tuberculosis prevails in the prisoners and the structural conditions of prisons, demonstrating some difficulties in guaranteeing the right to access to health.

Keywords: tuberculosis, pulmonary tuberculosis, prisoners, health management.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

LISTA DE ABREVIATURAS: AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; PPL: População Privada de Liberdade; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SUS: Sistema Único de Saúde; TB: Tuberculose

Introdução

A tuberculose (TB) é um dos principais problemas de saúde global. A Organização Mundial da Saúde estima que em 2016 foram registrados 10,4 milhões de casos novos no mundo e, que nesse mesmo ano, a enfermidade causou a morte de 1,3 milhão de indivíduos não infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de 374 mil portadores do HIV [1]. Ela atua de forma predominantemente pulmonar e está associada a precárias condições de vida, ocorre em áreas de grande concentração populacional, saneamento básico de pouca qualidade ou até mesmo inexistente, ambientes fechados – escuros e com pouca aeração – similares aos ambientes prisionais do Brasil [2].

Conforme o relatório da Organização Mundial da Saúde, cerca de 100 milhões de pessoas são infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis* a cada ano e, entre 8 a 10 milhões desenvolverão a doença durante a vida, sendo que a metade apresentará formas bacilíferas [3]. Dessa forma, a TB é considerada como um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, embora seja uma doença curável e prevenível [4].

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde iniciou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil, no qual visa acabar com a tuberculose no País até o ano de 2035, assim como definir indicadores para o monitoramento e o progresso das ações utilizadas [4].

No Brasil, o risco de contágio por tuberculose em prisões é, em média, 27 vezes maior do que para aqueles que estão livres, justificando a necessidade de medidas efetivas para o controle da doença nesses ambientes [5]. Segundo Reis e colaboradores [6], entre os principais fatores que contribuem para o aumento da incidência da tuberculose em populações carcerárias, destacam-se: gênero masculino; baixo nível de educação; procedência de uma comunidade

desfavorecida; uso de drogas ilícitas; alta prevalência de infecção pelo HIV; acesso limitado a cuidados de saúde; células superlotadas, mal iluminadas e mal ventiladas; e falta de informação sobre tuberculose [6].

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário instituído através da portaria interministerial n.º 1777, de 9 de setembro de 2003, prevê a inclusão da população carcerária no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos [7]. Contudo, em 2014, o Ministério da Saúde efetivou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade com o objetivo de ampliar as ações de saúde do SUS para essa população, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde [8].

A cidade de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, apresenta uma população estimada em 1.409.351 habitantes [9]. A cadeia pública de Porto Alegre tem capacidade para comportar 1824 apenados, mas, atualmente abriga 4386 pessoas [2]. De acordo com o plano municipal de saúde de Porto Alegre (2018- 2021), de todos os casos novos de tuberculose confirmados, apenas 52% foram curados, o que está longe da pactuação recomendada para a cidade, que é de 65% de cura para casos novos, além da alta taxa de abandono do tratamento [10].

A TB é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional, conforme a Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975 e a Portaria GM/MS 104 de 25 de janeiro de 2011 [11, 12]. O Ministério da Saúde possui banco de dados na *internet*, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [13], que fornece dados públicos que servem de subsídio para posteriores análises epidemiológicas.

A escassa quantidade de pesquisas na área da saúde prisional e as altas taxas de incidência e de prevalência da tuberculose na população privada de liberdade, especialmente no Rio Grande do Sul, justificam a realização do seguinte estudo. E, com base nessa premissa, a presente pesquisa visa descrever o perfil epidemiológico da TB na

população privada de liberdade (PPL) no período de 2015 a 2017, no município de Porto Alegre.

Métodos

A presente investigação é um estudo transversal realizado com fonte de dados secundária – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre integrante da Secretaria Municipal de Saúde [14] e dos bancos de dados do SINAN – em que foram coletados dados de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, dos casos confirmados de tuberculose em Porto Alegre, utilizando as seguintes variáveis: população privada de liberdade, população geral, desfecho (cura, óbito por TB, abandono e recidiva) e casos associados ao HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Esses dados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados através do Epiinfo 7.0. Optou-se pelo espaço de tempo de coleta supracitado devido ao tardamento na publicação dos dados necessários nas plataformas oficiais. Por se tratar de uma análise secundária de dados publicamente disponíveis, sem dados pessoais, o projeto não necessitou ser submetido à Comissão de Ética e Pesquisa.

Resultados

Somente no ano de 2017, foram notificados 69.569 casos de tuberculose no Brasil. O coeficiente de incidência foi igual a 33,5 casos/100 mil habitantes. As capitais com maior coeficiente de incidência de TB em 2017 foram: Manaus, com 104,7 casos; Rio de Janeiro, com 88,5; Recife, com

85,5; e, na quarta posição, Porto Alegre, com 81,7 casos por 100 mil habitantes [13].

Considerando os dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [9], Porto Alegre possui 1.409.351 habitantes e a população privada de liberdade é de 5.303 pessoas [2]. O Rio Grande do Sul apresenta uma média de 5 mil casos novos de tuberculose, gerando uma taxa de 40 eventos para cada 100 mil habitantes. O registro no SINAN nos anos de 2015-2017 foi de 13.543 casos novos no Estado. Porto Alegre, nesse mesmo período, apresentou 4.836 eventos, sendo 1.736 em 2015, 1.555 em 2016 e, 1.545 em 2017, foi a quarta capital do País em casos novos confirmados neste período, sendo que a PPL registrou 498 notificações.

Quanto à população acometida pela TB em 2015, 1.555 casos ocorreram na população geral e 181 na PPL. Em 2016, apresentou-se uma queda nos registros entre as duas variantes, 1.405 na população geral e 150 na PPL. E, em 2017, a população geral teve uma queda, com 1.378 casos e, a PPL, aumenta para 167 casos. Considerado o ano de 2017, a incidência de tuberculose, na população geral é de 81,7/ 100 mil habitantes, enquanto a incidência entre os apenados é de 3.149/100 mil, ou seja, o risco de desenvolver tuberculose nas cadeias fechadas é 32,23 vezes maior do que na população em geral. Na **Tabela 1** encontram-se esses dados expressos em taxas de incidência, separados pelos anos de notificação e pela população (geral e PPL).

TABELA 1 – Número de casos notificados e taxa de incidência de tuberculose, por 1.000 habitantes, na população geral e na PPL entre os anos de 2015-2017, em Porto Alegre/RS

	População geral		PPL	
	nº de casos	Taxa incidência	nº de casos	Taxa incidência
2015	1555	1,10	181	32,06
2016	1405	0,99	150	26,57
2017	1378	0,97	167	29,58

PPL, População Privada de Liberdade.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SINAN.

Ao analisarmos as condições de evolução ou os desfechos dos casos, a taxa de cura na população privada de liberdade foi de 77,3% e na população geral foi de 53,87%. Ocorreu óbito em 75,4% dos pacientes carcerários e em 16,1% da população

geral. Os casos de abandono representam 26,10% dos casos entre os apenados e 19,24% entre a população em geral. As recidivas alcançaram 26,50% na PPL e 11,89% na população geral (**Tabela 2**).

TABELA 2 – Casos confirmados e notificados no SINAN por situação encerrada: cura, abandono, recidiva e óbito por TB, entre os anos de 2015-2017, no município de Porto Alegre/RS

	2015		2016		2017	
	População geral	PPL	População geral	PPL	População geral	PPL
Cura, n(%) [*]	836(53,8)	139(76,8)	796(56,7)	115(76,7)	705(53,9)	131(77,3)
Abandono, n(%) [†]	344(22,1)	54(29,8)	268(19,1)	43(28,7)	223(16,2)	44(19,8)
Óbito por TB, n(por 100.000) [‡]	80(5,7)	3(53,2)	76(5,4)	0	71 (5,0)	1(17,7)
Recidiva, n(%) [§]	199(12,8)	47(26,0)	157(11,2)	37(24,7)	160(11,6)	48(28,7)

SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação; TB, Tuberculose. ^{*}n: Total de casos do desfecho em questão. [†]Casos curados de TB no período/Total de casos de TB no período x 100; [‡]Total de casos de abandono do tratamento de TB no período/Total de casos de TB no período x 100; [§]Total de óbitos por TB no período/População total no período x 100.000; [¶]Total de casos de recidiva de TB no período/Total de casos de TB no período x 100.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SINAN.

Na **Tabela 3** observa-se que 22,22% da população geral testada apresentou a coinfeção HIV-TB, enquanto a PPL registrou 19,27% dessa problemática, apresentando assim uma pequena diferença entre as duas populações estudadas.

TABELA 3 – Taxa de incidência de casos novos (por 100.000 habitantes) de tuberculose associados à HIV/AIDS na população geral e PPL notificados no município de Porto Alegre/RS, 2015-2017

	2015	2016	2017
População Geral	24,69	22,13	19,52
PPL	20,44	15,33	21,55

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SINAN.

Discussão

A TB é de transmissão direta, de pessoa à pessoa, principalmente através do ar. Ao falar, tossir, espirrar o paciente acometido pela tuberculose

pulmonar lança no ar gotículas, de tamanhos variados, contendo o bacilo. São pacientes extremamente infectantes, já que em seu escarro pode conter até 100 milhões de bacilos por mL, e a cada crise de tosse podem expulsar 3 mil gotículas infecciosas. Um dos fatores decisivos para a transmissão do *M. tuberculosis* é a aglomeração em espaços mal ventilados [15, 16, 17, 18].

A TB é considerada um problema global de saúde pública e os principais fatores que contribuem para isso são: a falta de adesão dos pacientes aos esquemas terapêuticos disponíveis, com duração de seis a nove meses, o aparecimento de cepas de TB multirresistentes (*Multidrug-resistant Tuberculosis*), que são definidas pela resistência aos fármacos isoniazida e rifampicina e a coinfeção com o vírus HIV, visto que a TB é a principal causa de morte entre os pacientes HIV positivos [19, 20].

Nesse contexto, os direitos sociais são de extrema relevância, visto que o direito à saúde é direito de todos e um dever do Estado, assegurado pelo artigo 196 da Constituição Federal

Brasileira e pelas Leis n.º 8.080, que instituiu o SUS, e n.º 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS [21]. Com o objetivo de orientar a reintegração social do prisioneiro, somente nos últimos anos foram adotadas medidas governamentais para cumprir o dever do Estado na assistência à PPL por meio de educação, trabalho e saúde, conforme disposto na Lei n.º 7.210 4, a Lei de Execução Penal [22].

O ambiente prisional contribui muito para a alta incidência de problemas de saúde, pois favorece a proliferação de doenças infectocontagiosas, doenças respiratórias, gastrintestinais e alérgicas. Em Porto Alegre, além das unidades prisionais privadas de liberdade da Cadeia Pública de Porto Alegre e Presídio Feminino Madre Pelletier, também está o Instituto Penitenciário Forense, instituição que abriga pacientes internos que cometeram delitos e que necessitam de tratamento pela situação de doença mental e de custódia [10].

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1, a incidência de TB em Porto Alegre é maior entre a população privada de liberdade do que na população em geral, porém observou-se uma diminuição na incidência da TB na população em geral, enquanto na PPL manteve-se estável. Diante desses fatos, táticas de rastreamento, busca ativa, acompanhamento e aconselhamento se fazem necessários nesses grupos populacionais expostos a doenças infecciosas. Conforme a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), todo indivíduo é avaliado no seu ingresso ao sistema prisional por meio de entrevista individualizada e submete-se ao rastreamento radiológico a fim de identificar alterações sugestivas de TB. Realizam coleta de escarro e são submetidos aos exames de diagnósticos para TB [2].

Entretanto, por inúmeros fatores, como por exemplo, socioculturais, financeiros, de organização das estruturas públicas nos territórios, entre outros, essas pessoas são "timidamente visualizadas" pelas políticas públicas brasileiras, sobretudo as de saúde, de tal forma que órgãos responsáveis pela execução penal nos estados, (Secretarias de Justiça, Cidadania, Administração Penitenciárias, Segurança Pública) no decorrer dos anos, se or-

ganizaram de maneira a ofertar serviços de saúde desvinculados do SUS, dos territórios e da sistemática preconizada pelas diretrizes atuais [23, 24].

Contudo, o número de pacientes com cura da doença (Tabela 2) é maior entre os apenados do que na população geral, reforçando a eficácia do Tratamento Diretamente Observado, que visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura [16]. Evidencia-se, ainda, que a porcentagem de abandono (Tabela 2) apresentou decréscimo em ambas. Esse é um fator positivo, visto que o abandono do tratamento da TB pulmonar por pacientes com baciloscopia positiva favorece a manutenção da cadeia de transmissão, assim como o aumento de cepas bacterianas resistentes aos fármacos de primeira linha. Nesse contexto, cabe ressaltar que os apenados, antes da reclusão, não viviam em um cotidiano "regrado" e sabe-se o quanto o tratamento da TB exige disciplina. Logo, estar em um "ambiente controlado" favorece a adesão à terapêutica medicamentosa [25].

Em relação aos óbitos por TB (Tabela 2), percebe-se uma discordância entre a PPL e a população geral. Somente no ano de 2017 vieram a óbito 17,71% da PPL com TB pulmonar comparados a 5,03% na população em geral. O elevado percentual de óbitos por TB aponta para uma deficiência da captação e do acompanhamento dos casos na atenção básica, muitas vezes, com grande complexidade devido a multimorbidades e/ou resistência bacteriana, e de amplas lacunas na comunicação entre a rede hospitalar, a de urgência e emergência e o programa de controle da TB [26, 27].

Quanto aos casos de recidiva, na PPL as taxas são maiores quando comparadas à população geral. Ainda, no ano de 2017 a população geral apresentou 11,61% de casos enquanto a PPL 28,74%, ressaltando novamente a grande distinção entre elas. Sabe-se que as recidivas estão relacionadas a irregularidades do paciente (faltas à consulta médica, a não retirada da medicação, não ingestão das drogas, doses equivocadas); estresses gerados por eventos de vida; efeitos adversos do uso de drogas antituberculose;

problemas na organização dos serviços de saúde que implicam no fornecimento de dose ou quantidade insuficiente de medicamentos, nova exposição ao bacilo, entre outros [28].

A situação de atenção à saúde para a população carcerária brasileira é bastante deficiente, várias doenças infectocontagiosas, em especial, TB e AIDS, atingem níveis epidêmicos alarmantes nessa população, porém na Tabela 3 evidenciam-se dados de coinfeção TB-HIV similares entre a população geral e a PPL, ressaltando a necessidade de elaboração de estratégias eficazes de controle às respectivas doenças [29].

A Portaria Interministerial n.º 1777, de setembro de 2003 [30], tem como meta a implementação de uma política pública, com a finalidade de promover a saúde da população carcerária e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes, por meio de atendimento médico e de ações educativas planejadas. Não obstante, foi publicada uma nova Portaria Interministerial de n.º 01, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do SUS, cujo objetivo é garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado às ações e aos serviços de saúde, com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, bem como a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais [8, 18].

Com essa nova política, todas as unidades prisionais habilitadas pelo SUS passarão a ser pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ofertando ações de atenção básica para toda população privada de liberdade em todo o itinerário carcerário, que vai desde presos provisórios em delegacias de polícia e centros de detenção provisória a presos condenados em penitenciárias estaduais e federais [23, 24]. Cabe salientar que as iniciativas da Coordenação da Atenção Básica de Saúde Prisional do Estado do Rio Grande do Sul inspiraram a regulamentação e a operacionalização das políticas nacionais de saúde prisional. Assim, o RS é considerado pio-

neiro no Brasil no processo de municipalização e de cofinanciamento de Equipes de Atenção Básica – prisional (EABp) [31].

Conclusões

O estudo possibilitou descrever o perfil dos doentes de TB no município de Porto Alegre, no período de 2015-2017. Analisou-se a disposição da doença entre a população em geral e a população privada de liberdade, e foi constatado após o mapeamento dos coeficientes de incidência de TB, que a PPL é vulnerável ao adoecimento por TB. Conforme os resultados apresentados, evidencia-se que a TB prevalece na população prisional, associada a outras doenças, como o HIV/Aids.

Para que esses obstáculos possam ser reduzidos consideravelmente, necessita-se da articulação entre os gestores da saúde e da administração penitenciária em todos os níveis da federação de forma a priorizar a garantia dos direitos humanos e a dignidade da pessoa privada de liberdade, bem como, a salubridade e a segurança e manutenção das ações de saúde para aqueles que residem ou frequentem as unidades prisionais. Ressalta-se que o seguinte estudo apresenta limitações metodológicas próprias dos estudos transversais e uma limitação do recorte temporal.

Notas

Apoio financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro de fontes externas.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo.

Contribuições dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do trabalho ou revisão crítica; e aprovação final da versão para publicação.

Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade destes resultados.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2016 [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 2019 Fev 11]. Disponível em: <https://apps.who.int/medicine-docs/en/d/Js23098en/>.
2. Superintendência dos Serviços Penitenciários (SU-SEPE). Cadeia Pública de Porto Alegre [Internet]. Porto Alegre: SUSEPE; [2018] [citado 2018 Nov 2018]. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=203&cod_conteudo=21.
3. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2017 [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 2019 Fev 11]. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf?u%20a=1.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Brasília, DF; Ministério da Saúde; 2017a.
5. Santos MNA, Sâ AMM. Living with tuberculosis in prison: the challenge to achieve cure. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014;23(4):854-861. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000840013>
6. Reis AJ, David SMM, Nunes LS, Valim ARM, Possuelo LG. Recent transmission of drug-resistant Mycobacterium tuberculosis in a prison population in southern Brazil. *J. Bras. Pneumol* [Internet]. 2016; 42(4):286-289. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000023>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003 [citado 2019 Mar 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) [Internet]. Brasília, DF; Ministério da Saúde; 2014a [citado 2018 Nov 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais. Brasília: IBGE; 2010.
10. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Plano Municipal de Porto Alegre 2018-2021 [Internet]. Porto Alegre: SMS; 2017 [citado 2019 Abr 12]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_sau-de_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf.
11. Brasil. Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre as organizações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. DOU, 31 out. 1975.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação Nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF; Ministério da Saúde; 2011a.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação–Sinan: normas e rotinas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017a.
14. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Bol. Epidemiol [Internet]. 2017 fev;(64):1-7. [citado em 2019 Fev 5]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletimepidemiologico-cg-vs-sms-pmpa-64.pdf.
15. Acosta LMW, Bassanesi SL. The Porto Alegre paradox: social determinants and tuberculosis incidence. *Rev. Bras. Epidemiol* [Internet]. 2014;17(2): 88-101. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060008>
16. Brasil. Portal da Saúde (PS). Ministério da Saúde (MS). Tuberculose [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b [citado 2019 Mar 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527.
17. Iseman MD. Tuberculose. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 22. ed. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier; 2005. p. 2211-2220.
18. Sánchez A, Larouzé B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2016; 21(7):2071-2079. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08182016>
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Situação da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.
20. Andrade CH, Pasqualoto KFM, Zaim MH, Ferreira EI. Abordagem racional no planejamento de novos tuberculostáticos: inibidores da InhA, enoil-ACP redutase do M. tuberculosis. *Rev. Bras. Ciênc. Farm* [Internet]. 2008; 44(2):167- 179. <https://doi.org/10.1590/S1516-93322008000200002>
21. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

22. Brasil. Presidência da República. Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. DOU, 13 jul, 1984.

23. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2016; 21(7):1999-2010. <https://doi.org/10.1590/1413-8123201521724102015>

24. Fabrini VCN, Carvalho BG, Mendonça FF, Guariente MHD. Cuidado a pessoas com tuberculose privados de liberdade e a educação permanente em saúde. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2018; 16(3):1057-1077. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00166>

25. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento da tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. Rev. Esc. Enferm USP [Internet]. 2010;44(4):904-911. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400007>

26. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. Rev. Bras. Epidemiol [Internet]. 2009;12(2):144-57. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200005>

27. Costa PV, Senna AL, Oliveira LGD, Siqueira RCAG, Figueiredo SP. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2010. Cad. Saúde Colet. 2012;20(2):195-202.

28. Oliveira HB & Moreira Filho DC. Recidivas em tuberculose e seus fatores de risco. Rev. Panam. Salud. Publica. 2000 abr;7(4):231-41. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892000000400004>

29. Silva Junior VB, Silva MTA, Cruz DF. The Interface between Infectious and Parasitic Diseases and the Family Healthcare Program in Brazil. Rev. bras. Ciênc. Saúde [Internet]. 2018; 24(4):325-332. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2018.22.04.05>

30. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Portaria Interministerial no. 1.777, de 09 de setembro de 2003. Brasília: Ministérios da Justiça e Saúde; 2003.

31. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde (SES) [Internet]. Porto Alegre: SES; 2016 [citado 2019 Jan 10]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/saude-prisional>.

Fabiola Bastos Giergowicz

Bacharel em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Saúde (UFRGS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Ibrahim Clós Mahmud

Médico, especialista em Saúde da Família (UFCSPA) e Geriatria Clínica (PUCRS). Mestre em Gerontologia Biomédica (Escola de Medicina da PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Ibrahim Clós Mahmud

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, 8º andar, sala 804

Jardim Botânico, 90619000

Porto Alegre, RS, Brasil.