

Equipes de Atenção Primária Prisional e a notificação de tuberculose no Rio Grande do Sul/Brasil

Primary Prison Care Teams and tuberculosis notification in Rio Grande do Sul/Brazil

Renata Maria Dotta (<https://orcid.org/0000-0002-1830-1624>)¹

Karine Zennatti Ely (<https://orcid.org/0000-0002-1692-5556>)²

Águida Luana Veriato Schultz (<https://orcid.org/0000-0002-4716-6783>)³

Marden Marques Soares Filho (<https://orcid.org/0000-0002-0353-7378>)⁴

Pérciles Stehmann Nunes (<https://orcid.org/0000-0001-8612-2006>)⁵

Caroline Busatto (<https://orcid.org/0000-0002-8215-3515>)⁶

Lia Gonçalves Possuelo (<https://orcid.org/0000-0002-6425-3678>)²

Abstract *This paper aims to describe the implementation process of the Prison Primary Care Teams in Rio Grande do Sul, the frequency of tuberculosis notifications in people deprived of liberty, and their chronological relationship. This documentary research is nested in a descriptive cross-sectional study of historical series. We analyzed the decrees on the qualification of Prison Primary Care Teams, the number, and the year of notification of tuberculosis cases from the National System of Notifiable Diseases from 2014 to 2020. The state of Rio Grande do Sul pioneered prison health municipalization and shared financing, which resulted in the implementation of 45 teams, covering approximately 54.5% of people deprived of liberty a closed regime. The teams notified 5,175 cases of tuberculosis from 2014 to 2020, with a progressive increase in the notification of cases and the implementation of new teams. The strategy of implementing Prison Primary Care Teams driven by the National Comprehensive Health Care Policy for People Deprived of Liberty in the Prison System was crucial for increasing TB diagnosis, notification, and control in Rio Grande do Sul.*

Key words: Primary health care, Health management, Equity, Prisons, Tuberculosis

Resumo *Os objetivos deste artigo são descrever o processo de implementação das Equipes de Atenção Primária Prisional no Rio Grande do Sul, a frequência de notificações de tuberculose na população privada de liberdade e a relação cronológica entre ambas. Trata-se de uma pesquisa documental aninhada a um estudo transversal descritivo de série histórica. Foram analisadas as portarias de habilitação de Equipes de Atenção Primária Prisional e os números e os anos de notificação dos casos de tuberculose oriundos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação no período de 2014 a 2020. O estado do Rio Grande do Sul foi pioneiro na municipalização e cofinanciamento da saúde prisional, o que resultou na implantação de 45 equipes, com cobertura aproximada de 54,5% das pessoas privadas de liberdade em regime fechado. As equipes notificaram, entre 2014 e 2020, 5.175 casos de tuberculose, com incremento progressivo da notificação de casos, assim como a implantação de novas equipes. A estratégia de implantação de Equipes de Atenção Primária Prisional, impulsionada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, mostrou-se de fundamental importância para o aumento de diagnósticos, notificações e controle da tuberculose no estado do Rio Grande do Sul.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Gestão em saúde, Equidade, Prisões, Tuberculose*

¹ Secretaria Estadual da Saúde – SES/RS, Fundação Escola Superior do Ministério Público – FMP. Av. Borges de Medeiros 1501, 5º Andar, Centro Histórico. 90119-900 Porto Alegre RS Brasil. renata-dotta@saude.rs.gov.br

² Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul RS Brasil.

³ Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

⁴ Secretária da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza CE Brasil.

⁵ Secretaria Estadual da Saúde – SES/RS. Porto Alegre RS Brasil.

⁶ Núcleo de Pesquisa em Microbiologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande RS Brasil.

Introdução

Um grande desafio para a saúde pública e para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável é terminar com todas as formas de discriminação e reduzir as desigualdades de acesso à saúde para grupos sociais vulneráveis, como a população privada de liberdade (PPL). A detecção precoce de infecções transmissíveis, como a tuberculose (TB), é de fundamental importância para o controle da doença intra e extramuros. Dessa forma, o tempo de custódia pode representar uma oportunidade para promoção de estilos de vida saudáveis e o tratamento das doenças diagnosticadas¹.

No Brasil, maior país da América do Sul, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) prevê a inclusão da PPL no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o direito à saúde e à cidadania na perspectiva dos direitos humanos². O Brasil tem a terceira maior PPL do mundo, com crescimento aproximado de 7% ao ano. Atingiu, em 2020, um total de 811.707 pessoas presas, com taxa de aprisionamento de 381 presos/100 mil habitantes. Esses números são extremamente preocupantes, uma vez que no ano anterior eram 714.889 pessoas presas, com taxa de aprisionamento de 334 presos/100 mil habitantes³. O Rio Grande do Sul (RS) é um estado do extremo sul do Brasil, com 42.740 presos no seu território e taxa de aprisionamento de 319,4 presos/100 mil habitantes, ocupando a 5ª posição em número de presos e a 13ª em taxa de aprisionamento no cenário nacional^{4,5}. O sistema penal brasileiro se encontra em grave crise, agravada pela superlotação, elevado número de presos provisórios e reincidência, além da rivalidade entre facções criminosas⁶. A superlotação se configura como um problema histórico, desde as primeiras prisões, que datam do Brasil Império⁷. Presos provisórios representam 28,9% da PPL brasileira e dividem o mesmo espaço com presos condenados³.

A PNAISP propiciou o cuidado em saúde para todas as pessoas presas, independentemente de condenação ou regime de pena^{2,8,9}. O RS instituiu uma política de fomento à implantação de serviços de atenção primária à saúde em prisões que é caracterizada pelo pioneirismo e pela municipalização da atenção à saúde prisional, com cofinanciamento associado à municipalização^{10,11}. As Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) têm caráter multidisciplinar e os profissionais de saúde compõem a Rede de Aten-

ção à Saúde (RAS) do território, com função de fortalecer e qualificar a atenção primária^{2,8,12,13}.

Nesse contexto, o controle da TB torna-se ainda mais desafiador, pois a PPL está representada pela alta vulnerabilidade e a alta carga da doença. Diagnosticar e tratar oportunamente a PPL pode representar um importante passo para o controle da doença, também definida na agenda dos objetivos de desenvolvimento sustentável, a fim de eliminá-la como problema de saúde pública até 2050¹⁴.

Assim, o objetivo deste estudo é descrever o processo de implementação das eAPP no RS, a análise da frequência de notificações de TB na PPL e a relação cronológica entre ambas.

Método

Trata-se de uma pesquisa documental aninhada em um estudo transversal descritivo, de série histórica. Foram analisadas as portarias de habilitação das eAPP, considerando as primeiras equipes implantadas no estado, o número e o ano de notificação dos casos de TB oriundos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) referente ao período de 2014 a 2020.

O RS possui uma população estimada de 11.322.895 habitantes, distribuídos em 497 municípios, com densidade demográfica de 37,96 hab./km² e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.746. Sua capital, Porto Alegre, o município mais populoso, tem 1.484.941 habitantes, densidade demográfica de 2.837,53 hab./Km² e IDH de 0.805¹⁵.

O mapa de aprisionamento do estado do RS inclui 85 penitenciárias e presídios classificados como exclusivamente de regime fechado. Outros estabelecimentos, que incluem colônias penais e institutos penais que acolhem a PPL em regime aberto e semiaberto, somam mais 16 instituições⁴.

Nas portarias de habilitação foram coletados os seguintes dados: município, ano de habilitação, número absoluto e tipos de eAPP. Esse levantamento foi realizado no decorrer do mês de novembro de 2021, em arquivos e legislações da Secretaria Estadual de Saúde do RS.

No SINAN foram identificadas as notificações de TB referentes à PPL em todo o Rio Grande do Sul e aquelas referentes especificamente aos municípios que aderiram à PNAISP, com eAPP no seu território. O período de 2014 a 2020 foi escolhido porque 2014 foi o ano de implantação da PNAISP, antes desse período, apenas os presos condenados e em regime fechado tinham acesso

à saúde, deixando grande parte da PPL desassistida no seu direito à saúde.

Os dados referentes à PPL foram coletados no banco da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), no mês de outubro de 2021, considerando os regimes fechado, semiaberto e aberto, no período de 2007 a 2017.

Ainda que se trate de pesquisa baseada em dados extraídos de fontes secundárias, foram mantidas as prerrogativas de sigilo e anonimato dos dados e informações, em respeito aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelos pareceres 3.048.121, 3.047.876, 4.251.658 e 4.498.390 dos Comitês de Ética da Universidade Federal do Rio Grande, Universidade de Santa Cruz do Sul e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Resultados e discussão

Histórico de implementação das Equipes de Atenção Primária Prisional no Rio Grande do Sul

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988, também conhecida como a “Constituição Cidadã”, incluiu mecanismos de democracia direta e participativa em seus marcos histórico, jurídico e ético-político, possibilitou a ampliação da mobilização social e o aprofundamento dos debates em torno das conquistas sociais e políticas, e garantiu às instituições governamentais e não-governamentais a adoção de medidas voltadas à valorização da diversidade e ao exercício dos direitos humanos¹⁶.

No início dos anos 1990, foram promulgadas as leis infraconstitucionais do SUS, leis nº 8.080/90 e 8.142/90, que apresentam questões importantes para a organização da saúde pública no Brasil, como os princípios éticos – a universalização, a integralidade e a igualdade – e os princípios normativos: a descentralização e a participação social. A equidade constitui um princípio doutrinário do SUS, pelo qual o atendimento em saúde deve levar em consideração as necessidades dos usuários, as diferenças nas condições de vida e saúde, oferecendo mais a quem mais precisa, contemplando diversidades e diferenças sociais¹⁷. O reconhecimento das diferenças e singularidades significa respeito às subjetividades, e os serviços devem criar condições concretas para que as necessidades específicas de cada segmento da população sejam atendidas¹⁸.

Os próprios processos discriminatórios e a violência dirigida à PPL são fatores determinantes de agravos à saúde, o que evidencia a necessidade de acentuar esforços do setor de saúde na premissa da humanização da atenção. A equidade em saúde torna-se, então, um princípio ético-político que norteia o cuidado, as ações políticas e estratégias, resgatando o sentido vivo da justiça e o conceito ampliado de saúde. Demanda, assim, iniciativas políticas e operacionais concretas, de natureza intersetorial e interinstitucional, que visam à proteção dos direitos humanos, entre eles o direito à saúde. A afirmação do princípio da equidade reforça o direito universal à saúde, ao reconhecer nas situações de iniquidades e nas determinações sociais da saúde os efeitos perversos que os processos de discriminação e de exclusão têm sobre a PPL^{17,18}.

A partir de 1984, a Lei de Execuções Penais (LEP) prevê o atendimento em saúde da PPL no Brasil, assegurando atendimento médico, farmacêutico e odontológico^{13,19}. Em seu art. 1º, a Lei 7.210/1984, a LEP, determina que “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”¹⁹.

No cenário nacional, o direito do preso à saúde, no âmbito do SUS, começa a ser efetivado em 2003, em especial após a publicação da Portaria Interministerial MS/MJ 1.777, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Transcorrida uma década, em 2014, a PNAISP é aprovada, com regulamentação e organização do acesso à saúde da PPL ao SUS, incluindo a saúde prisional na RAS^{20,21}.

A PNAISP regulamentou, em sua primeira fase de implantação, o financiamento no SUS para o sistema prisional e estabeleceu o funcionamento de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp), de acordo com a PPL de cada instituição. Essa nomenclatura foi posteriormente substituída por eAPP^{22,23}.

A PNAISP estabelecia o número de PPL por estabelecimento prisional, podendo ser do tipo I, II ou III. A EABp do tipo I (EABp-I) atendem até 100 presos, com carga horária de 6 horas semanais; a do tipo II (EABp-II), de 101 a 500 presos, com carga horária de 20 horas semanais; e a do tipo III (EABp-III), de 501 a 1.200 presos, com carga horária de 30 horas semanais. O número de profissionais varia em cada tipo de equipe e podem ser adicionados profissionais da saúde mental. O principal objetivo dessas equipes é atuar na lógica da atenção primária à saúde, com

promoção da saúde, prevenção de doenças, redução de agravos e especial atenção às doenças infectocontagiosas mais prevalentes. Tal política representa uma das experiências mais significativas de humanização no sistema de justiça criminal do país, com cobertura aproximada de 30% da PPL do país^{21,24}.

O RS, em 2005, foi um dos primeiros estados da federação a aderir ao extinto PNSSP. Contudo, além desse plano seguir uma lógica equivocada de responsabilidade estadual pela atenção primária à saúde, o incentivo financeiro federal de custeio do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça para habilitar essas equipes não era suficiente para o grande desafio que os gestores estaduais e municipais enfrentariam, o que se refletiu em poucos avanços na saúde prisional nos territórios brasileiros^{11,12,24}. Em 2006, como tentativa de operacionalizar o PNSSP, foi instituído incentivo financeiro estadual complementar, aumentando o financiamento para custeio dessas equipes²⁵, e também foi instituído um Termo de Compromisso Intersetorial junto aos municípios que aderissem ao incentivo, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Justiça e Segurança²⁶. Desde então, e por meio de normativas específicas^{11,12,25,26,27}, o RS vem promovendo e induzindo a municipalização dos serviços de saúde prisional, tendo o cofinanciamento como incentivo adicional para habilitação das eAPP.

Entre 2007 e 2010, ocorreu a implementação de oito eAPP, na sua maioria do tipo II, concentradas na região metropolitana de Porto Alegre, onde estão situadas as maiores instituições penais do estado.

Com o aumento do repasse dos recursos financeiros estaduais, por meio da aprovação da Resolução CIB nº 257/2011²⁷, e o consequente crescimento no orçamento do SUS/RS para a saúde prisional, foi possível passar de oito eAPP em 2010 para 24 eAPP em 2013. Além de novo reajuste na composição do custeio das equipes no âmbito do SUS/RS, houve a aprovação da reorientação do modelo de atenção e a descentralização da gestão e da gerência da atenção básica prisional para o âmbito municipal do SUS^{11,12,27}.

A execução dessas iniciativas se constituiu por meio da coordenação da Área Técnica de Atenção Primária à Saúde Prisional da Secretaria Estadual da Saúde. São pressupostos da PNAISP no RS que a proximidade maior entre profissional, serviço de saúde e população usuária são fatores intimamente relacionados à efetividade do tratamento em saúde pública nos estabeleci-

mentos prisionais²⁸, de acordo com os princípios constitucionais da equidade do SUS. O principal objetivo com a municipalização foi a oferta de serviços de cuidados primários à saúde, equivalentes aos serviços de saúde ofertados à população geral, a partir de eAPP nos espaços prisionais do estado do RS^{11,12}.

Entre 2010 e 2013, é possível identificar a expansão de 15 eAPP, tanto na capital e na região metropolitana como no interior do estado. Nesse período, destaca-se um município do litoral gaúcho que aumentou a cobertura de 1.000 para 4.547 pessoas privadas de liberdade.

Os resultados alcançados no RS com a publicação da Resolução CIB nº 257/2011 incentivaram a redesenho do PNSSP em uma nova política pelo Ministério da Saúde, bem como a revisão dos valores de incentivo financeiro de custeio, por meio da publicação da PNAISP, e sua operacionalização por meio da Portaria GM/MS nº 482/2014²¹. As portarias da PNAISP e da sua operacionalização têm como objetivo 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 recursos humanos, estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais²¹. Essa nova política passa a ditar que toda unidade prisional torna-se um ponto de atenção da RAS, cuja responsabilidade pela oferta de ações e serviços de atenção primária no sistema prisional é promovida pelo SUS, a partir das eAPP e de uma Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp), ordenadora do cuidado¹². Os atendimentos em saúde a serem realizados nos serviços de atenção primária prisional habilitados pelo Ministério da Saúde passam a incluir toda PPL que se encontra sob custódia, desde os presos provisórios em delegacias de polícia e centros de detenção provisória, até os presos condenados em presídios, penitenciárias, colônias agrícolas e penitenciárias federais.

Entende-se a necessidade do aumento orçamentário do poder executivo, e de forma tripartite, para a constituição de eAPP e para garantir incentivos financeiros adequados à estruturação e ao custeio, com destaque para a criação de condições mais favoráveis (ambientais, salariais, instrumentais, estratégicas e operacionais) para que de fato a RAS fortaleça suas capacidades e a população custodiada seja visualizada pelo SUS, de modo universal, integral, resolutivo e contínuo.

É evidente que o SUS, por meio da RAS, deve garantir a gestão de toda a rede assistencial dos

estados, Distrito Federal e municípios, bem como a oferta do serviço de maior complexidade a toda a PPL, dependendo dos níveis de habilitação dos serviços ao SUS e das formas de contratualização definidas.

Com a publicação da PNAISP, a tendência é uma cobertura assistencial mais significativa da população que se encontra sob custódia do Estado, possibilitando o matriciamento de diversas estratégias do SUS e foco nas ações voltadas aos problemas que mais atingem a PPL²⁸.

No intervalo de 2014 a 2017, houve um aumento de 13 equipes, totalizando 36 eAPP (tipos I, II e III). Nesse período, a distribuição territorial foi mais difusa e o incremento ocorreu principalmente com relação ao número de eAPP do tipo I (quatro) e do tipo II (nove).

De forma geral, observa-se que houve pouca variação na distribuição geográfica da PPL no RS, mesmo que tenha aumentado de forma importante a concentração dessa população na capital, na região metropolitana, no centro e na serra no mesmo período. Por outro lado, as eAPP apresentaram um visível movimento de desconcentração territorial, concomitantemente a um aumento dessas equipes em municípios que já dispunham delas.

A partir de 2017, houve poucas variações, com destaque, em 2019, para a habilitação da terceira equipe na Cadeia Pública de Porto Alegre e a primeira do Presídio Regional de Santo Ângelo. Ambas são equipes do tipo II e foram habilitadas após a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que em suas regulamentações renomeia as equipes de atenção básica para eAPP, flexibilizando o número de pessoas privadas de liberdade atendidas por cada equipe e quadro de profissionais²³. Nesse contexto, a ampliação de equipes não significa necessariamente ampliação de cobertura, visto que o aumento anual no número da PPL é muito variável e com tendência de crescimento. No período de janeiro de 2020 a novembro de 2021, observou-se novo aumento de serviços, em grande parte impulsionados pelo momento pandêmico, atingindo-se a totalidade de 45 eAPP com incentivos da PNAISP e/ou cofinanciamento estadual, atualizado pela Portaria SES nº 635/2021²⁹. As 45 eAPP em unidades prisionais de regime fechado do RS representam a cobertura de 54,5% da PPL assistida, correspondendo a 17.384 custodiados, de um total de 31.933 em regime fechado em outubro de 2021.

Implantação de Equipes de Atenção Primária Prisional e seus efeitos no incremento de notificações da tuberculose na PPL do RS

A vigilância epidemiológica efetiva e em tempo oportuno para o controle das doenças infectocontagiosas como a tuberculose é uma das principais atribuições das eAPP^{20,25,26}. Na Tabela 1 é possível verificar o incremento de notificações de tuberculose pelas eAPP no decorrer do tempo. Mesmo o número de casos notificados na população geral e na PPL tendo diminuído em 2020, o percentual de notificações na PPL aumentou 4,2%. Esse dado representa o trabalho e a qualificação das equipes de saúde prisional, que passam a realizar busca ativa e triagem da PPL na porta de entrada do sistema prisional.

Cabe salientar que as notificações de TB no SINAN são realizadas apenas após a confirmação da doença, de modo que os casos suspeitos não são notificados³⁰ e o incremento de notificações reproduz o incremento de diagnósticos. Da mesma forma, o cenário pandêmico apresentou queda acentuada da incidência de TB em todo o país, com decréscimo de 16% nas notificações de casos novos em comparação a 2019³¹.

Na Tabela 2 são apresentadas as notificações de tuberculose por município com eAPP nas instituições penais. As notificações foram incrementadas em 52,9%, passando de 592 em 2014 para 905 em 2020. Além disso, nos anos em que foram implantadas equipes, houve maiores incrementos em relação ao ano anterior, sendo 15,2% em 2015 e 34,3% em 2019. Cabe destaque ao município de Porto Alegre, que implementou a quinta eAPP em 2019, passando de 294 em 2018 para 426 notificações em 2019, um acréscimo de 44,9%.

Tabela 1. Notificações de tuberculose na população geral e na PPL, Rio Grande do Sul – 2014 a 2020.

Ano de notificação	Tuberculose na população geral	Tuberculose na PPL (%)
2014	4.926	733 (14,8)
2015	4.971	817 (16,4)
2016	4.770	817 (17,1)
2017	5.139	922 (18,3)
2018	5.267	1.009 (19,2)
2019	5.553	1.299 (23,4)
2020	4.440	1.224 (27,6)
Total	35.066	6.821(19,5)

Fonte: Autores.

Tabela 2. Notificações de tuberculose na PPL de municípios com eAPP, 2014 a 2020.

Município	eAPP	PPL	Hab. Equipes	Notificações de tuberculose						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cacequi	I	36	2015	0	0	0	0	0	3	0
Canoas	II	2.669	2015	2	6	9	6	38	57	92
Caxias do Sul	II	1.537	2016	14	6	22	39	61	59	51
Cerro Largo	I	84	2015	1	0	0	0	0	0	0
Charqueadas	II e III	4.231	2008/2011	85	125	128	104	103	125	120
Erechim	II	466	2015	3	6	3	10	16	15	12
Guaíba	II	368	2012	7	6	0	2	5	7	3
Guaporé	II	116	2015	0	1	1	3	4	8	7
Ijuí	II	712	2012	6	10	5	4	10	12	7
Iraí	I	56	2015	2	1	0	0	0	0	1
Lajeado	II	278	2016	14	7	8	23	15	6	7
Montenegro	II	1.838	2008/2015	21	19	25	30	28	36	51
Osório	III	1.488	2009/2013	13	13	25	21	22	52	39
Pelotas	II	641	2012	27	55	37	25	32	40	36
Porto Alegre	II e III	4.267	2011/2015/ 2019	342	367	303	341	294	426	413
Rio Grande	III	633	2013	40	24	33	50	46	48	16
Santa Cruz do Sul	III	310	2012	9	13	10	13	7	14	20
Santa Rosa	II	335	2009	2	1	3	2	0	6	3
Santo Ângelo	II	294	2019	3	8	3	0	12	7	5
Santo Cristo	I	99	2012	0	1	0	0	0	0	0
São Gabriel	II	253	2015	1	0	1	6	2	7	2
São Luiz Gonzaga	II	300	2009	0	0	1	1	1	1	0
São Vicente do Sul	I	40	2015	0	1	0	0	1	0	0
Três Passos	II	262	2011	0	0	0	2	2	0	2
Venâncio Aires	III	249	2013	0	12	14	17	12	26	18
Total		21.822		592	682	631	699	711	955	905

Fonte: Autores.

Este estudo apresenta dados inéditos, e sem critérios de comparação na literatura nacional e internacional. Não há publicação de estudos que comparam os efeitos da habilitação de eAPP nas instituições penais com o incremento de notificações de tuberculose, refletindo-se em acesso ao tratamento preconizado na PPL. Optou-se por uma análise pontual, que apresenta dados quantitativos passíveis de análise. Essa análise poderia ser realizada com outros dados de cuidado em saúde que estivessem registrados em sistemas oficiais de informação. Qualitativamente, as eAPP ampliaram o acesso e o tratamento oportuno da tuberculose em uma parcela quase invisível da população do RS.

Entende-se que, para o controle efetivo da TB, o primeiro passo é o diagnóstico, e a partir dele a notificação e o tratamento. Nesse sentido, o presente estudo contribui para a importância da efetivação de uma política pública nacional, a

fim de sensibilizar gestores públicos municipais sobre o controle da TB na PPL e, conseqüentemente, na população geral.

As limitações do estudo incluem a flutuação da PPL, que se modifica a cada momento de consulta ao sistema da SUSEPE, e a variação dos profissionais nas eAPP.

Conclusões

O planejamento para implantação da PNAISP e habilitação das equipes e dos serviços no RS foi progressivo, tanto no número quanto no tipo de eAPP, sendo implementadas equipes em municípios com maior concentração de PPL. A municipalização e o cofinanciamento estadual contribuíram para a construção e a efetivação da PNAISP, e o RS desempenhou um importante papel na condução dessa política.

As notificações de TB, com recorte para PPL, identificadas no SINAN demonstram que o incremento de notificações ocorre de forma mais intensa quando há habilitação de novas eAPP, principalmente nas instituições de maior porte. Isso se torna relevante no controle da TB, pois a

PPL é de grande vulnerabilidade para o contágio e a transmissão da doença. Entende-se que a TB não permanece restrita aos muros das instituições penais, representando um foco importante de disseminação da doença na comunidade.

Colaboradores

Os autores RM Dotta, KZ Ely e LG Possuelo contribuíram na concepção e no planejamento do projeto. RM Dotta, KZ Ely, ALV Schultz e C Busatto contribuíram na aquisição dos dados. RM Dotta, KZ Ely, MM Soares Filho, PS Nunes e LG Possuelo participaram da análise e da interpretação dos dados. Todos os autores participaram da elaboração do artigo, da revisão crítica e da aprovação final do texto a ser publicado.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Geneva: WHO; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Brasília: MS; 2014.
3. World Prison Brief (WPB). [cited 2021 nov 22]. Available from: <http://prisonstudies.org/country/brazil>
4. Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE). [acessado 2021 nov 22]. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br>
5. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Infopen: atualização junho 2017. [acessado 2021 nov 22]. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>
6. Carvalho ACO. *A reincidência criminal em decorrência da precariedade do sistema penal brasileiro*. Brasília: Conteúdo Jurídico; 2017.
7. Rangel FM, Bicalho PPG. Superlotação das prisões brasileiras: operador político da racionalidade contemporânea. *Estud Psicol* 2016; 21(4):415-423.
8. Freitas RS, Zermiani TC, Nievola MTS, Nesser JN. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma análise do seu processo de formulação e implementação. *R Pol Publ* 2016; 20(1):171-184.
9. Lermen HS, Gil BL, Cunico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis* 2015; 25(3):905-924.
10. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Saúde prisional [Internet]. [acessado 2021 nov 22]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/saude-prisional>

11. Schultz ALV, Dias MTG, Lewgoy AMB, Dotta RM. Saúde no sistema prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. *Argumentum* 2017; 9(2):92-107.
12. Dotta-Panichi RMD. *The right to health: women in prison and mental health* (tese). Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2014.
13. Stock BS, Dotta, RM. Saúde pública e sistema prisional: um olhar diferenciado no âmbito do SUS Gaúcho. In: Fonseca ACCF, Leivas PGC, organizadores. In: *Direitos humanos e saúde*. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA; 2019. p. 47-72.
14. Trajman A, Saraceni V, Durovni B. Os objetivos do desenvolvimento sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades. *Cad Saude Publ* 2018; 34(6):e00030318.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados [Internet]. [acessado 2021 nov 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs.html>
16. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
17. Silva LMV, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publ* 2009; 25(Supl. 2):s217-s226.
18. Costa AM, Lionço T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para equidade em saúde? *Saude Soc* 2006; 15(2):47-55.
19. Brasil. Lei de Execução Penal. Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984.
20. Brasil. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. *Diário Oficial da União* 2003; 10 set.
21. Brasil. Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2014; 2 abr.
22. Brasil. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Aprova a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 29 set.
23. Brasil. Portaria GM/MS nº 2.298, de 9 de setembro de 2021. Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2021; 10 set.
24. Ornell F, Panichi RMD, Scherer JN, Modena SL, Cin VD, Zaninif AM, Halpern SC. Saúde e cárcere: estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. *Sistema Penal & Violência* 2016; 8(1):107-121.
25. Rio Grande do Sul. Resolução CIB RS nº 101/2006. Aprova a criação do Incentivo Financeiro Estadual, complementar ao Incentivo Federal, para a implementação, na adesão de municípios, de Equipes Municipais de Saúde Prisional nas unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas, visando a implantação do Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional do Rio Grande do Sul. [acessado 2021 nov 22]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170249/23104902-1340816865-cibr101-06.pdf>
26. Rio Grande do Sul. Resolução CIB RS nº 179/2006. Aprovar o Termo de Compromisso dos municípios que assumirem a gerência de saúde das Unidades de Saúde Prisional, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Justiça e Segurança. [acessado 2021 nov 22]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170249/23104948-1340820131-cibr179-06.pdf>
27. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/RS nº257/2011. [acessado 2021 nov 22]. Disponível em: <http://atencaoabασica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114725-20141108004259resolucao-cib-257-2011.pdf>
28. Schultz ALV. *O apoio matricial como metodologia para o trabalho em saúde no sistema prisional: fatores favoráveis, desfavoráveis e contribuições* (dissertação). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
29. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES nº 635/2021, de 31 de agosto de 2021. Define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS). [acessado 2021 nov 22]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/01101341-635.pdf>
30. Brasil. Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. *Vigilância epidemiológica da tuberculose: análise de indicadores operacionais e epidemiológicos a partir da base de dados do SINAN versão 5.0*. Brasília: MS; 2015.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim epidemiológico: tuberculose 2021*. Brasília: MS; 2021.

Artigo apresentado em 28/11/2021

Aprovado em 18/07/2022

Versão final apresentada em 20/07/2022

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva