

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

LILIANE DREYER DA SILVA PASTORIZ

**Tuberculose em prisões, ensino e saúde: instrumentalizando por
multimídia operadores do direito**

**Porto Alegre - RS
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

LILIANE DREYER DA SILVA PASTORIZ

**Tuberculose em prisões, ensino e saúde: instrumentalizando por
multimídia operadores do direito**

Trabalho de Conclusão apresentado como requisito para obtenção parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde (Mestrado Profissional) junto ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientador: Professor Doutor Roger dos Santos Rosa

**Porto Alegre - RS
2019**

CIP - Catalogação na Publicação

Pastoriz, Liliane Dreyer da Silva
Tuberculose em prisões, ensino e saúde:
instrumentalizando por multimídia operadores do
direito / Liliane Dreyer da Silva Pastoriz. -- 2019.
136 f.
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. tuberculose. 2. direito à saúde . 3. saúde
pública. 4. sistema prisional. I. dos Santos Rosa,
Roger, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Folha de aprovação

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, irmã, sobrinha, cunhado e esposo que, com carinho e compreensão, não mediram esforços para que eu alcançasse esta etapa de minha vida e sempre confiaram ser possível a concretização do meu sonho.

Dedico este trabalho ao meu orientador Professor Doutor Roger dos Santos Rosa por acreditar que o compartilhamento de conhecimentos e a atividade intersectorial constroem e consolidam a saúde pública no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Doutora Ângela Salton Rotunno pelo desprendimento e por ter participado ativamente da construção institucional do projeto.

Agradeço à Doutora Ana Cusin Petrucci e toda equipe da Subprocuradoria-Geral de Justiça e de Gestão Estratégica o apoio ao projeto acolhendo-o institucionalmente

Agradeço à Doutora Maria Letícia Ikeda pelo incentivo e significativa ajuda com disponibilização de material para a realização deste trabalho.

Agradeço à Doutora Carla Jarczewski pelo incentivo.

Agradeço ao Comitê Estadual de Combate à Tuberculose pelo apoio e orientação.

Agradeço em especial a minha afilhada Alícia Camejo pelo carinhoso e fundamental suporte operacional.

Agradeço aos servidores e estagiários da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre pela compreensão.

Agradeço destacadamente a minha estagiária Raissa da Rocha Guillen e ao servidor do Ministério Público Anderson Lang pelo suporte técnico.

Agradeço aos servidores e professores do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul a experiência de uma produção compartilhada de conhecimentos e o apoio para a formação acadêmica de excelência.

Agradeço aos Colegas de Turma do Mestrado a intensa, sábia e alegre convivência.

**Voltemos novamente a procurar que coisa é o bem. Porquanto ele não aparece igual nesta e naquela ação, nem nesta ou naquela arte: diferente é na medicina e diferente na estratégia, e por aí adiante de igual modo que coisa é, pois, em cada uma o bem? Não será talvez, aquilo por causa de que se fazem todas as outras coisas? Isto é, na medicina, a saúde; na estratégia, a vitória; na construção, a casa; noutra coisa, outra: aquilo, pois, que em toda a ação e a todo propósito é o fim; porque em vista deste os homens operam o resto. Destarte, se para todas as ações há um certo fim, ele será o bem prático; e se existem vários fins, o bem será estes fins. Assim, de raciocínio a raciocínio chegamos ao mesmo ponto.
(Aristóteles, A Ética).**

RESUMO

Tuberculose em prisões, ensino e saúde: instrumentalizando por multimídia operadores do direito.

A tuberculose é uma doença de caráter infeccioso que apresenta expressiva magnitude global e constitui pauta recorrente no sistema carcerário. A ausência de fluxo de comunicação entre os setores de saúde nas casas prisionais e os operadores do direito traz à tona uma das causas do abandono do tratamento da tuberculose por indivíduos em execução da pena: decisões judiciais que desconsideram a doença e o tratamento que os apenados estão recebendo. A terapia aplicada à tuberculose está disponível em todo o território nacional, é fornecida exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e seu abandono é uma das variáveis adversativas mais relevantes no tratamento. A cidade de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (RS), tem elevados índices de tuberculose, HIV/AIDS como coinfeção da tuberculose, ou como sorologia positiva não associada. Objetiva-se instrumentalizar operadores do direito do RS sobre tuberculose no sistema penitenciário sob o ponto de vista de saúde pública. Busca-se intervir na ausência de informação teórica e técnica acerca dos temas relacionados à doença no sistema prisional e na educação ineficiente em saúde nesta área (execução da pena). A ausência de conhecimento específico dos operadores do direito sobre tuberculose poderá ser mitigada por meio de ações de Educação Permanente que qualifiquem as decisões exaradas nos processos de execução criminal, com o aprimoramento das comunicações entre os profissionais responsáveis pelo manejo dos programas estatais. Essas melhorias poderão ser obtidas por meio de *mail-list* e de informação regular por *newsletter*, que são propostos e se destinarão ao Ministério Público do Estado do RS e aos Promotores de Justiça com atuação na área da execução criminal e saúde pública. Ações intersetoriais que envolvam disseminação da informação podem ser importantes na medida em que o conceito ampliado de saúde passa a ser entendido por operadores de direito, transcendendo a ausência de doença e buscando entender o contexto de inserção dos sujeitos.

Palavras-chave: Tuberculose. Prisões. Direto à Saúde. Ensino na Saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

Tuberculosis in prisons, teaching and health: instrumentalized by multimedia operators of the law.

Tuberculosis is a disease of an infectious nature that presents expressiveness of global magnitude and of recurrent importance in the prison system. The lack of communication flow between the health sectors in prison homes and health care services: decision-making on tuberculosis treatment and execution of sentence: judicial decisions that disregard the disease and treatment of the victims are receiving. The therapy applied to tuberculosis is available throughout the national territory, and it is entirely from the health system (SUS) and its abandonment is one of the most relevant adversarial variables in the treatment. The city of Porto Alegre, capital of Rio Grande do Sul (RS), has high rates of tuberculosis, HIV / AIDS as co-infection of tuberculosis, or as non-associated positive serology. The objective is to instrumentalize the operators of RS law on tuberculosis in the penitentiary system from the point of view of public health. The question of the technique and the online teaching about the disease in the execution of the sentence is searched. The lack of specific knowledge about the functions of the law on tuberculosis can be mitigated through criminal prosecution, with the improvement of communications among the professionals responsible for the process of state programs. The program of news and reports for the Public Ministry of the State of RS and the Prosecutors of Justice is in the criminal and public health area. Intersectoral actions involving the dissemination of information may be important insofar as the concept of health expansion is called by legal interpreter, transcending the absence of disease and seeking the context of insertion of topics.

Key words: Tuberculosis. Prisons. Direct to Health. Teaching in Health. Public health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCAPT/Brasil - Comitê Comunitário de Acompanhamento de Pesquisa em Tuberculose

CEVS - Centro Estadual de Vigilância em Saúde

CNE - Conselho Nacional de Educação

CES - Câmara de Educação Superior

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

DOTS - Directly Observed Treatment Short-Course

e-SUS - Sistema Eletrônico do Sistema Único de Saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

ILTB - Infecção Latente Pelo Bacilo da Tuberculose

LEP - Lei de Execução Penal

MEC - Ministério da Educação

NPJ - Núcleos de Prática Jurídica

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNCT-MS - Programa Nacional de Controle da Tuberculose – Ministério da Saúde

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPL - População Privada de Liberdade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PIB - Produto Interno Bruto

SUS - Sistema Único de Saúde

SES-RS - Secretaria Estadual da Saúde

SUSEPE - Superintendência dos Serviços Penitenciários do Estado do Rio
Grande do Sul

TS - Tratamento Supervisionado

TAC - Termo de Ajustamento de Conduta

TB - Tuberculose

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	3
2. JUSTIFICATIVA.....	6
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 GERAL.....	10
3.2 ESPECÍFICOS.....	10
4. CONTEXTO.....	11
5. REFERENCIAIS DA LITERATURA.....	14
5.1 O DIREITO À SAÚDE E O CONFLITO ENTRE O DIREITO INDIVIDUAL E O DIREITO COLETIVO.....	14
5.1.1 <i>As faces do Direito à Saúde</i>	15
5.1.2 <i>O conflito entre o direito individual e o direito coletivo</i>	17
5.1.3 <i>O direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional</i>	21
5.1.4 <i>A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISPS)</i>	28
5.1.5 <i>A atuação do Ministério Público no campo da saúde nas prisões</i>	29
5.2 A TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL DO BRASIL.....	35
5.2.1 <i>Tuberculose no sistema carcerário do Rio Grande do Sul</i>	42
5.3 A TUBERCULOSE E OS DETERMINANTES SOCIAIS.....	48
5.4 A NECESSIDADE DA ATUAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE AS ÁREAS DA SAÚDE E DO DIREITO.....	62
5.5 O AGIR COMUNICATIVO DE HABERMAS.....	69
5.6 A LÓGICA DA ARGUMENTAÇÃO SEGUNDO TOULMIN.....	72
5.7 A COMUNICAÇÃO E A APRENDIZAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA COM BASE EM RIVERA E ALTMANN.....	75
5.8 ASPECTOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM DIREITO NO BRASIL.....	78
5.8.1 <i>Histórico</i>	78
5.8.2 <i>O habitus e o campo</i>	81
5.8.3 <i>Novas tendências</i>	82
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	90
6.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	90
6.2 DINÂMICA DE DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO.....	91
6.3 RELATO DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES RELACIONADAS.....	92
6.4 ETAPAS DE APROVAÇÃO DO PRODUTO PERANTE A GESTÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL.....	93
7. O PRODUTO.....	95
7.1 DIVULGAÇÃO.....	95
7.2 IMPLICAÇÕES DO MATERIAL EDUCACIONAL NEWSLETTER “SAÚDE E BEM-ESTAR”.....	97
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICE.....	114

Apresentação

No exercício do cargo de Promotora de Justiça na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre, com ênfase em saúde pública, esta mestranda tem contato com profissionais de saúde da Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS) que exercem funções na área da gestão e da assistência no combate e controle da tuberculose no Estado bem como com o público-alvo definido para este trabalho de conclusão de Mestrado Profissional (operadores do direito, como promotores de justiça, juízes, defensores públicos com atuação na execução criminal, bem como servidores da Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE).

Nos espaços de discussão proporcionados pelo ambiente de trabalho, a pauta da tuberculose no sistema carcerário é recorrente. Identificam-se limitações no fluxo e na comunicação entre os setores da saúde instalados nas casas prisionais e os operadores do direito que atuam na área. Essas situações trazem à tona uma das causas do abandono do tratamento da tuberculose de indivíduos em execução da pena: decisões judiciais que desconsideram a doença e o tratamento que os apenados estão recebendo.

No âmbito do direito, as leis vigentes garantem o devido processo legal e a preservação das garantias constitucionais para aquele que está em execução da pena. No entanto, para garantir o direito à saúde aos privados de liberdade, é preciso que os operadores do direito que atuam na execução criminal estejam aparelhados com conhecimento específico sobre o tema tuberculose sob o ponto de vista de saúde pública.

A ausência de conhecimento específico desses operadores sobre tuberculose e outras doenças infecciosas e saúde pública poderá encontrar solução por meio de ações de Educação Permanente como forma de aprimoramento das decisões judiciais no âmbito da execução penal. Tais ações poderão qualificar as decisões exaradas nos processos de execução criminal, somando a legislação jurídica vigente e a legislação que organiza e define as

diretrizes do Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia inovadora na área do Direito e na esfera da execução criminal. Possibilitaria a atualização dos operadores do direito ao mesmo tempo em que os vincularia no momento da decisão jurídica.

1. Introdução

A tuberculose é uma doença de caráter infeccioso e expressiva magnitude global. Estima-se que ocorreram no ano de 2016 mais de 1,6 milhão de óbitos, de pessoas que perderam a vida para a Tuberculose¹. Dos países de língua portuguesa Angola, Brasil e Moçambique estão entre as 20 nações com o maior número de casos. Fazem parte da lista ainda China, Coreia do Norte, Nigéria, Paquistão e Rússia, entre outros. No Brasil, em 2017, foram notificados 69.569 casos novos de tuberculose. Nesse mesmo ano, o coeficiente de incidência foi igual a 33,5 casos/100 mil hab. No período de 2008 a 2017 esses coeficientes apresentaram queda média anual de 1,6%².

Ademais, avalia-se que um terço da população mundial esteja infectado com o agente etiológico da doença, o *Mycobacterium tuberculosis*, popularmente conhecido como bacilo de Koch. No Brasil, confirmou-se mais de um milhão de novos casos entre os anos de 2001 e 2014; desses casos, cerca de 70 mil evoluíram a óbito (SOARES *et al.*, 2017).

A terapia aplicada à doença está disponível em todo o território nacional, fornecida exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a controlar o adoecimento da população até atingir a meta de cura superior a 85% e abandono do tratamento inferior a 5%. Considerando-se a necessidade de uma relação estreita com a população e o território, a Atenção Básica caracteriza-se como porta de acesso preferencial à rede de cuidado à tuberculose. Tal proximidade é fundamental, uma vez que o tempo de tratamento é longo (SOARES *et al.*, 2017).

Uma das variáveis adversativas mais relevantes é o abandono do próprio tratamento, compreendido pelo Ministério da Saúde como a ausência do usuário por mais de 30 dias consecutivos após a data aprazada para retorno (SOARES

¹ Dados obtidos na página da Organização Mundial da Saúde/OMS. Disponível em <https://news.un.org>. Acesso em 10/09/2018.

² Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 49, n. 11, 2018. Disponível em <http://www.portalms.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/07/2018-018.pdf>. Acesso em 18/09/2018.

et al., 2017). Essa ruptura na adesão gera impacto acentuado nos indicadores de incidência, resistência a múltiplas drogas, doenças e agravos associados, e mortalidade. Em nível nacional, entre as Unidades da Federação, a proporção de abandono variou de 2,8 a 15,9% em 2014. As causas conhecidamente associadas a essa interrupção envolvem fatores intrínsecos ao usuário (uso de álcool e outras drogas, falsa impressão de cura e desconforto causado pela falta de alimento) e fatores extrínsecos (modalidade de tratamento aplicado e operacionalização dos serviços de saúde) (SOARES *et al.*, 2017).

Frente à persistência da tuberculose, a dificuldade de manutenção da adesão ao tratamento e os riscos que essa ruptura acarreta, torna-se imprescindível o exame da conformidade espacial e do perfil desse universo à luz da análise territorial. Sobretudo, para o alinhamento e implementação de políticas públicas estratégicas e medidas de controle condizentes com a realidade situacional. [...] O abandono é mais difícil de ocorrer em cenários controlados, de longa permanência, a exemplo da população carcerária, não por acaso a que referiu menor proporção de abandono entre os subtipos de institucionalização (SOARES *et al.*, 2017).

Entretanto, não é sempre que a manutenção do vínculo é sinônimo de qualidade e sucesso, no tratamento da tuberculose; sobretudo em presídios, onde há evidências que o tratamento, ainda que existente, é precário no que se refere à qualidade do cuidado, atenuando o indicador do abandono, mas acarretando outras situações indesejadas, como a resistência do agente etiológico a múltiplas drogas (SOARES *et al.*, 2017).

As falhas do sistema penitenciário são visíveis nas estatísticas de natureza criminal, social, econômica, cultural, educacional e outras. Ditas falhas afetam os índices de tuberculose no sistema prisional. Colaboram para o incremento dos índices e falhas no sistema de saúde prisional a ausência de conhecimento específico dos operadores do direito que atuam na área da execução criminal sobre tuberculose, seus efeitos, e outras doenças infecciosas.

A situação origina-se, portanto, das consequências jurídicas decorrentes das decisões judiciais que envolvem a pessoa privada de liberdade doente. As

decisões judiciais precisam ser mitigadas (a exemplo da: transferência do apenado para outra casa prisional; progressão de regime, liberdade provisória, saída temporária, e outras) tendo em vista que provocam a suspensão do tratamento clínico nos apenados.

Nessas circunstâncias, quando há o enfrentamento de questão jurídica (decisões) sobre o direito que deve prevalecer no âmbito da execução penal e o indivíduo está doente (tuberculose e outras doenças associadas), via de regra falta aos operadores de direito preparo para resoluções vinculadas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Como origem deste problema, encontra-se a ausência de informação teórica e técnica acerca dos temas relacionados à saúde pública, tuberculose, tuberculose no sistema prisional e doenças associadas, e ineficiente educação em saúde nesta área (execução da pena).

2. Justificativa

É fundamental promover conhecimento ao operador do direito sobre a natureza da doença tuberculose, características, efeitos, consequências e agravos. Então, quando há conflito entre o direito individual (liberdades individuais) e o direito coletivo (direitos assegurados pela Constituição Federal – saúde é um direito social e direito público subjetivo) a decisão precisa estar alinhada ao princípio da dignidade humana e aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Tais princípios estão preconizados no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – (PNSSP), que organizou o acesso da população privada de liberdade (PPL) aos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e a sua consolidação enquanto política pública, através da publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) em 2014 (Brasil, Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014).

O foco deste trabalho de conclusão de Mestrado Profissional é o suporte teórico sobre temas relacionados à tuberculose e saúde pública no sistema carcerário do Estado do Rio Grande do Sul, estabelecendo como limite territorial a capital do Estado, Porto Alegre, para operadores de direito que atuam na área da execução criminal, Ministério Público Estadual, Poder Judiciário Estadual, Defensoria Pública Estadual e Superintendência dos Serviços Penitenciários – (SUSEPE). Busca-se fornecer informações sistemáticas aos operadores de direito no âmbito de atuação da execução da pena em consonância com a Lei nº 8.080/90, o Decreto nº 7.508/2011 e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública).

Utilizar mecanismos de Educação Permanente em Saúde como instrumento para articular e aproximar as áreas da saúde e do direito é ampliar a intersectorialidade como mecanismo importante para o combate à epidemia da tuberculose no sistema carcerário brasileiro, e em questão, no território de atuação da mestranda, o município de Porto Alegre onde está localizado o Presídio Central.

Nesse contexto, pretende-se construir uma ferramenta multimídia, baseada em *mail-list* e *newsletter*, com o propósito de aperfeiçoar os processos de trabalho na área da execução criminal, possibilitando aprendizagem em saúde por meio de tecnologia de informação contínua e permanente. Busca-se permitir por meio de um instrumento de aprendizagem a expansão de oportunidades de estudos, maior aproximação e interatividade com a tecnologia.

Ações intersetoriais podem ser importantes na medida em que o conceito ampliado de saúde passa a ser entendido, transcendendo a ausência de doença e buscando entender o contexto de inserção dos sujeitos. As afinidades culturais e a reciprocidade de ideias entre os que emitem e os que recebem as mensagens impulsionariam, de maneira mais eficiente, adesão às mudanças de comportamento necessárias à preservação da saúde (ROSSETO *et al.*, 2017).

Essas reflexões se fazem úteis para avaliar o potencial educativo e a intencionalidade de materiais desenvolvidos para fins de educação e promoção na área da saúde. Reflexões como estas contribuem com a crítica aos atos assistenciais de caráter educativo na área, de modo a ampliar consciência ética e produzir ações comprometidas com a redução de vulnerabilidades e com a proteção da vida (ROSSETO *et al.*, 2017).

Quando tratamos de tuberculose e sistema prisional não podemos dissociar políticas públicas do conceito de vulnerabilidade social. Assim, a partir do ponto de vista da vulnerabilidade, isto é, de sua característica social de atrair agressões, temos cidadãos de diferentes tipos, segundo a vulnerabilidade dos lugares sociais que ocupam e também por sua pouca ou muita capacidade para questionar, a partir desses lugares, a eficácia e a legitimidade da “ordem” (que, para eles, pode resultar em desordem) social (GALLARDO, 2014). Portanto, políticas públicas e produção de vulnerabilidade social caminham juntas.

Em princípio, o ingresso do sujeito no sistema carcerário se dá para o cumprimento da contraprestação por fato delituoso por ele praticado. Nessas circunstâncias, quando há o enfrentamento de questão jurídica (decisões) sobre o direito que deve prevalecer no âmbito da execução penal e o indivíduo que está doente (tuberculose e outras doenças associadas) em regra, falta aos operadores de direito preparo para resoluções vinculadas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Como origem deste problema, encontra-se a ausência de informação teórica e técnica acerca dos temas relacionados à saúde

pública, tuberculose, tuberculose no sistema prisional e doenças associadas, e ineficiente educação em saúde nesta área (execução da pena).

Os princípios dos direitos humanos estão intimamente ligados aos valores de solidariedade e às lutas históricas pela capacitação dos desfavorecido. Há necessidade de um sistema de saúde mais justo no âmbito do sistema prisional, que se organize levando em consideração as necessidades dos usuários (pessoas privadas de liberdade como indivíduo, como coletividade, suas famílias, servidores da Superintendência dos Serviços Penitenciários, membros servidores do Poder Judiciário, membros e servidores do Ministério Público e membros e servidores da Defensoria Pública), com a saúde sendo respeitada como direito.

A partir da Constituição Federal de 1988, quando saúde passa a ser compreendida como direito social, intensifica-se a discussão do direito coletivo e do direito individual. Nesse passo, compreendendo-se também a tuberculose como problema de ordem social somado à realidade da população privada de liberdade, tema do trabalho desta mestranda.

Não se pode perder de vista a necessidade de estabelecer como parte integrante do processo de cura das doenças que assolam o sistema prisional gaúcho aqueles que decidem acerca da vida destas pessoas que além de privadas de liberdade sofrem com doenças. Então, surge a ideia de ampliar o conhecimento sobre a tuberculose e outras doenças infectocontagiosas daqueles que lidam com o direito e com os direitos da população privada de liberdade.

A instrumentalização somente pode se dar com mecanismos de uso de rotina daqueles que lidam com a população privada de liberdade, facilitando o acesso a informações. Deve-se levar em consideração que o público alvo embora qualificado, é leigo em matéria de saúde propriamente dita. São operadores que conhecem o direito, mas precisam conhecer a tuberculose como agravo de saúde e todas as suas consequências.

Nessa perspectiva, trata-se de “responsabilizar os responsáveis” pela condução da situação jurídica das pessoas privadas de liberdade igualmente pelas condições de saúde que os envolvem tanto individualmente como coletivamente. É enfatizar a relevância da interface direito, saúde e educação permanente. Como resultado, alcançar a interação entre os responsáveis pelo processo de execução criminal e os profissionais da saúde que atuam na saúde

prisional, promovendo ações intersetoriais e novas estratégias para o combate à tuberculose prisional.

Em última instância, o Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional justifica-se pela relevância da tuberculose, considerada epidemia no Brasil e evidenciada nos índices no sistema prisional do país e em Porto Alegre.

Ao disseminar textos científicos para auxiliar a resolução de problemas, por meio de uma interface entre as áreas da Saúde e do Direito, deseja-se incrementar os temas relacionados à saúde pública para o contexto de atuação do público-alvo (Ministério Público Estadual, Defensoria Pública, Poder Judiciário, SUSEPE), com a finalidade de contribuir para a melhoria dos processos de trabalho.

3. Objetivos

3.1 Geral

- Instrumentalizar operadores do direito que atuam no sistema penitenciário do RS sobre tuberculose sob o ponto de vista de saúde pública.

3.2 Específicos

- Desenvolver material multimídia com conteúdos de saúde pública sobre tuberculose;
- Descrever as principais técnicas com foco em *mail-list* e *newsletters* a serem utilizadas;
- Enumerar as grandes divisões de conteúdos e sistemáticas de desenvolvimento.

4. Contexto

O município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, apresenta uma população de 1.479.277 e uma densidade demográfica de 2.868,3 habitantes por km. No ranking nacional de IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), Porto Alegre está como a sétima capital com melhor índice. Porto Alegre tem 0,805 no IDH, 0,702 na educação, 0,857 na longevidade e 0,867 na renda. O Produto Interno Bruto (PIB) de Porto Alegre em 2014 era de R\$ 63.990.644,00 mil reais e PIB per capita de R\$ 43.457,67 reais.³

A Secretaria Municipal de Saúde conta em sua estrutura com 17 Distritos Sanitários e 8 Regiões de Saúde onde estão distribuídas as Gerências Distritais, além de, entre outras, 55 Unidades Básicas de Saúde e 88 unidades de Estratégia de Saúde da Família.

Porto Alegre apresenta a maior taxa de coinfeção tuberculose/HIV/Aids no Brasil, com 28 casos para cada 100 mil habitantes. Em relação ao desfecho cura, apenas 51,8% dos casos finaliza o tratamento, sendo o percentual de abandono de aproximadamente 25% do total de casos (BRASIL, 2015). A não adesão ao tratamento medicamentoso para o HIV/Aids leva o indivíduo à imunossupressão e à necessidade de recorrer a internações hospitalares com maior frequência do que os indivíduos que fazem o seu tratamento regularmente, impactando, também, nos percentuais de mortalidade (BRANDT, 2016).

O Rio Grande do Sul para o trato da saúde prisional possui cofinanciamento estadual complementar ao federal desde 2006. O aumento do incentivo estadual em 2011 foi um dos principais responsáveis pelo crescimento do número de Equipe de Atenção Básica nas prisões que passaram de 8 em 2010 para 36 em 2016, atingindo cobertura de aproximadamente 70% da população prisional em regime fechado.

A municipalização da assistência à saúde da população prisional, no âmbito da atenção básica, deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional -PNAISP. Cabe à

³ Dados obtidos na página do Observatório da Cidade de Porto Alegre – Disponível em <http://www.observapoa.com.br> e da página da Fundação de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul – <http://www.fee.rs.gov.br>. Acesso em 08/09/2018.

gestão municipal a coordenação do cuidado; o gerenciamento dos recursos instalados em seu território; a responsabilidade pela garantia de acesso da população aos serviços de saúde.⁴

Em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul foram definidos eixos de ação da Política Estadual como (i) apoio institucional para habilitação e cofinanciamento das Unidades Básicas de Saúde; (ii) apoio para implantação do sistema e-SUS - Atenção Básica (e-SUS AB) e dos sistemas de notificações de agravos; (iii) programas de saúde mental e de referência para o tratamento das doenças infectocontagiosas; (iv) apoio na implantação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP; e (v) formação de Grupo Condutor Estadual de Controle da Tuberculose e Coinfecções no Sistema Prisional.

A instalação prisional Presídio Central em Porto Alegre-RS situa-se no bairro Partenon. Nesse bairro, configuram-se altos índices de infecção de tuberculose no ambiente carcerário e na circunvizinhança. O fato decorre da proximidade territorial com a casa prisional, e por decorrência de vários familiares dos indivíduos em cumprimento de pena residir na Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro.

A Gerência Distrital Partenon/Lomba da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre abrange o bairro Partenon, circunvizinho à casa prisional Presídio Central da cidade. No âmbito da saúde prisional de Porto Alegre há 2 Unidades Básicas no Sistema Prisional no Presídio Central, foco do trabalho. A unidade prisional é exclusivamente masculina. Conta, atualmente (dados de 2018), com população de 4.670 indivíduos presos⁵.

Em estudo painel apresentado no XXVIII Salão de Iniciação Científica da Universidade do Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2016, sobre o *Perfil dos casos de coinfeção Tuberculose/HIV/AIDS a partir do desfecho internação em Porto Alegre, entre 2009 e 2013*, concluiu-se que dentre os indivíduos que

⁴ Dados obtidos na página da Superintendência dos Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul – SU-SEPE. Disponível em <http://www.susepe.rs.gov.br>. Acesso em 09/09/2018.

⁵ Dados obtidos na página da Superintendência dos Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul – SU-SEPE. Disponível em <http://www.susepe.rs.gov.br>. Acesso em 09/09/2018.

precisaram internar por Tuberculose/HIV/aids, a maioria era procedente da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, de baixa escolaridade, e com maior frequência de reingressos e recidivas quando comparados aos que não internaram. Também houve maior proporção de realização de Tratamento Supervisionado (TS) entre estes indivíduos, o que sugere eficiência dos serviços de saúde para identificar situações de maior vulnerabilidade, indicando potência para o enfrentamento da coinfeção. A maior presença de reingressos e recidivas nos casos que internaram sugere que o abandono/adesão ao tratamento influencia na ocorrência da internação (BRANDT, 2016).

5. Referenciais da Literatura

Neste capítulo serão apresentados referenciais da literatura que orientaram o trabalho de conclusão e o produto do Mestrado Profissional. O capítulo aborda: (i) o Direito à Saúde e o conflito entre o direito individual e o direito coletivo; (ii) A tuberculose no sistema prisional do Brasil; (iii) A tuberculose e os determinantes sociais; (iv) A necessidade da atuação intersetorial entre as áreas da saúde e do Direito; (v) O Agir Comunicativo de Habermas; (vi) A Lógica da Argumentação segundo Toulmin; (vii) A comunicação e a aprendizagem nos serviços de saúde pública com base em Rivera e Altmann; e (viii) Aspectos dos cursos de graduação em Direito no Brasil.

5.1 O Direito à Saúde e o conflito entre o direito individual e o direito coletivo

A Constituição Federal de 1988 estabelece no seu artigo 1º os princípios da soberania, cidadania e da dignidade humana. A saber:

A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos:

- I – soberania;
- II - a cidadania;
- III - a dignidade da pessoa humana.

Sendo o Brasil um Estado Democrático de Direito, convém salientar que:

Tendo em vista que a proteção da liberdade por meio dos direitos fundamentais é, na verdade, proteção juridicamente mediada, isto é, por meio do Direito, pode afirmar com segurança, na esteira do que leciona a melhor doutrina, que a Constituição (e, neste sentido, o Estado constitucional), na medida em que pressupõe uma atuação juridicamente programada e controlada dos órgãos estatais, constitui condição de existência das liberdades fundamentais, de tal sorte que os direitos fundamentais somente poderão aspirar à eficácia no âmbito de um autêntico Estado Constitucional (SARLET, 2006).

No seu artigo 6º, dita a Constituição Federal de 1988 sobre os direitos sociais:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).

A importância da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito e como fundamento dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde é ressaltado por autores com Maurer para os quais (SARLET, 2004):

A dupla direção protetiva da cláusula da dignidade humana significa: ela é um direito público subjetivo, direito fundamental do indivíduo *contra* o Estado (e contra a sociedade) e ela é, ao mesmo tempo, um encargo constitucional endereçado ao Estado, no sentido de um dever de proteger o indivíduo em sua dignidade humana em face da sociedade (ou de seus grupos). O Estado deve criar as condições para levar isso a cabo, de tal sorte que a dignidade humana não seja violada por terceiros (integrantes da sociedade). Esse dever constitucional pode ser cumprido classicamente, portanto jurídico-defensivamente, mas também pode ser desempenhado jurídico-prestacionalmente; ele pode ser realizado por caminhos jurídicos-materiais e por vias processuais (no sentido de um *status activus processualis*), bem como por meios ideais e materiais. Uma multiplicidade de combinações é imaginável.

5.1.1 As faces do Direito à Saúde

O Direito à Saúde insere-se na órbita dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Trata-se de um direito público subjetivo, uma prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas.

Nessa linha, dispôs o legislador na Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A partir das garantias constitucionais definidas na Constituição Pátria e da premissa de que o direito à saúde é norma constitucional prestacional (direito social prestacional), afirma-se que cumpre ao Estado promover ações positivas para garantir a efetividade conforme Sarlet (2006):

O que se percebe, com base na sistematização proposta, é que os diversos direitos sociais prestacionais podem apresentar um vínculo diferenciado em relação às categorias de prestações estatais referidas (direito ao trabalho, assistência social, aposentadoria, educação, saúde, moradia, etc.). Quais das diferentes espécies de prestações efetivamente irão constituir o objeto dos direitos sociais dependerá de seu reconhecimento e previsão em cada ordem constitucional, bem como de sua concretização pelo legislador onde o Constituinte renunciar à positivação dos direitos sociais prestacionais. [...] os direitos sociais (a prestações), já que estes, em regra, reclamam uma atuação positiva do legislador e do Executivo, no sentido de implementar a prestação que constitui o objeto do direito fundamental.

Segue o legislador determinando responsabilidade ao Poder Público no sentido de regulamentar, fiscalizar e realizar as ações e serviços necessários para fazer valer ao cidadão o direito à saúde. A saber:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

[...]

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

[...]

Tomando-se como exemplo o direito à saúde, verifica-se que assim como é correto deduzir da Constituição um direito fundamental à saúde (como complexo de deveres e direitos subjetivos negativos e positivos), também parece certo que a nossa Lei Fundamental consagrou a promoção e proteção da saúde

para todos como um objetivo (tarefa) do Estado, que, na condição de norma de tipo impositiva de políticas públicas, assume a condição de norma do tipo programático (SARLET, 2006).

A norma constitucional determina a competência e as atribuições do denominado Sistema Único de Saúde:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

5.1.2 O conflito entre o direito individual e o direito coletivo

Os princípios dos direitos humanos estão intimamente ligados aos valores de solidariedade e às lutas históricas pela capacitação dos desfavorecidos. De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, *“Todos têm direito a um padrão de vida adequado à saúde e ao bem-estar de si próprio e de sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação e assistência médica e serviços sociais necessários”*.

Os direitos humanos têm sido muitas vezes interpretados no âmbito do direito individual em algumas tradições intelectuais e jurídicas. Contudo, as garantias de direitos humanos também dizem respeito ao bem-estar coletivo, aos grupos sociais e, portanto, podem servir para articular e concentrar

reivindicações compartilhadas e uma afirmação de dignidade coletiva das comunidades marginalizadas. Dentre elas, a garantia à saúde.

O princípio da dignidade humana e os direitos sociais deveriam caminhar juntos para vinculação das decisões judiciais. Assim como as diretrizes que formataram o Direito à saúde como um direito do cidadão ou dos cidadãos e dever do Estado.

A estrutura das disciplinas da graduação em Direito e a elaboração das leis materiais e processuais no direito brasileiro tendem a centralizar a resolução dos conflitos sob o prisma do direito individual. Neste contexto, o direito coletivo surge muitas vezes como exceção.

O direito à saúde tem dimensão ética e moral. Nesse sentido, individualmente toda pessoa é responsável pelo cuidado com sua saúde, assim como indivíduo também é responsável pela saúde da coletividade onde está inserido. No mesmo diapasão, o Estado tem dever de proteger a saúde do cidadão individualmente como coletivamente. Ou seja, há responsabilidade individual e social no dever de cuidado da saúde. Não podemos olvidar que a noção de Estado se confunde neste contexto. Afinal, o Estado reconhece e garante os direitos e garantias do cidadão, por outro lado, tem o direito e o dever de exigir o cumprimento dos deveres imprescritíveis de solidariedade política, econômica e social.

A saúde como valor ético e social demanda o dever social, ou seja, implica responsabilidades públicas e sociais de todas as ordens, como exercícios de liberdades, igualdade de oportunidades, exercício da cidadania e garantia da dignidade da pessoa humana [...] A Constituição Federal de 1988 consagrou o Sistema Único de Saúde como garantia constitucional do direito à saúde. Os princípios do sistema de saúde público do Brasil consagram a universalidade, a integralidade e a equidade. Isso, porém, remete a três questões, implícitas nos elementos que compõem o conceito da integralidade: (i) quem deve ser considerado usuário do SUS?; (ii) O que se entende por demanda da saúde; (iii) Que ação deve ser reputada adequada? Ou seja, é preciso definir quem é o titular de direitos (aspecto subjetivo-quantitativo-quem e quantos), bem como quais são os direitos e como são titularizados e disponibilizados (aspecto objetivo-qualitativo – o quem e com quais características). Dessa forma, podemos fixar os limites do direito fundamental a prestações integrais de saúde.

Vamos à primeira questão: Quem é o usuário do SUS e quando esse cidadão tem direito subjetivo a prestações de saúde do Poder Público? (SANTOS *et al.*, 2017).

São direitos sociais (art. 6º da Constituição Federal de 1988), a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da Constituição (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015). Reconhecendo, pois que pessoas privadas de liberdade são cidadãos, que estão sob a defesa do princípio da dignidade humana (artigo 1º. da Constituição Federal de 1988), surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Trata-se de política com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no sistema prisional pátrio.

Nessa linha, qual tem sido o papel do gestor da saúde, dos serviços penitenciários, do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública para garantir à pessoa privada de liberdade com tuberculose o acesso à saúde universal, integral e com equidade?

De tal raciocínio extrai-se que, se o agente estatal, no momento de decisão ante a situação concreta, realizar uma escolha que não se coadune com os princípios estabelecidos na Constituição, sua conduta não estará pautada pela discricionariedade, e sim pela arbitrariedade – o que não pode ser tolerado.

Portanto, quando o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e os serviços penitenciários não enfrentam o problema de saúde pública instalado nas casas prisionais do Estado do Rio Grande do Sul em decorrência dos indicadores de tuberculose ultrapassam os limites da discricionariedade. Embora a modificação da situação da pessoa privada de liberdade por decisão judicial (mudança de casa prisional, progressão de regime do cumprimento de pena, liberdade provisória, indulto, saída temporária, livramento condicional, extinção da pena, e outros) decorra da lei e do direito, o Poder Judiciário, Ministério Público e a Defensoria Pública intervêm diretamente na possibilidade de controle da doença (discricionariedade).

Diante dessa realidade, torna-se necessária uma atuação mais efetiva e resolutiva das instituições envolvidas enfatizando os direitos fundamentais

sociais na execução da pena para o controle da tuberculose no sistema prisional. O envolvimento deve estar atrelado à competência e à atribuição das instituições, sem dúvida. Todavia, a decisão é legítima uma vez que estabelecida com base nos direitos fundamentais e no princípio da dignidade humana. A decisão que define a situação jurídica da pessoa privada de liberdade está relacionada diretamente ao controle da tuberculose e outras doenças que acometem a população carcerária.

Como então agir diante da constatação de que o direito à saúde é um direito social e um direito fundamental subjetivo? Vejamos que não há defesa da tese no sentido de que pode haver primazia do direito coletivo ao direito individual. Ou prevalência dos interesses públicos sobre os interesses privados. Pode-se concluir que os direitos fundamentais sociais poderão, portanto, ser individualmente exigidos quando se apresentarem como direitos subjetivos individuais, e judicializados? E a via coletiva?

Por qual motivo, administrativamente ou judicialmente o Poder Judiciário é havido como o foro adequado para tratar de políticas públicas? Não podemos olvidar que neste contexto o Poder Judiciário pode exarar decisão que venha a tutelar direitos metaindividuais tais como saúde, infância e juventude, e outros.

Quando se fala em políticas públicas a partir da perspectiva do Estado, pensa-se em cindir para manter o equilíbrio ou a estabilidade do sistema social, independentemente das vítimas que esse equilíbrio e sua reprodução produzam. Quando se fala, ao contrário, do ponto de vista das vítimas, pensa-se nas dores sociais particulares geradas por dominações ou carências, em conflitos estruturais, e como é possível avançar a partir das pessoas, e especificamente das vítimas na resolução dessas dores, para que cessem. Toda política supõe uma autoridade, e esta pode ser altamente ineficaz e ilegítima. E, em nossas sociedades estruturadas com diversos princípios de dominação, as políticas públicas podem produzir e reproduzir vítimas. *Cidadania* é o nome que recebem as pessoas de carne e osso quando consideradas juridicamente a partir do Estado (GALLARDO, 2014).

Neste contexto, qual é a ação justa ou a ação mais justa quando a atitude é fundamentada na lei vigente? De que modo liberdade e igualdade são associadas?

Com efeito, nos casos em que a violação ao direito fundamental a ser tutelado ainda não houver se consumado ou quando não existirem dados suficientes para se formar um juízo de valor sobre os fatos em apuração, há margem para discussão, colheita e troca de informações, o que por vezes pode ser bastante para prevenir conflitos que de outra maneira seriam judicializados.

Assim, a instauração de uma certa igualdade entre as partes e o respeito à legalidade são duas condições para a instituição e conservação da ordem ou da harmonia do todo, que é para quem se coloca do ponto de vista da totalidade e não das partes – o sumo bem. Essas duas condições são ambas necessárias para realizar a justiça, mas somente em conjunto é que são também suficientes. Em uma totalidade ordenada, a injustiça pode ser introduzida tanto pela alteração das relações de igualdade quanto pela não-observância das leis (BOBBIO, 1997).

5.1.3 O direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional

Sabe-se que historicamente as ações de saúde no sistema prisional começaram com as entidades religiosas, assim como ocorreu com outras “instituições totais” como, por exemplo, os manicômios. Com o aparecimento da Aids no Brasil, na década de 80, alguns profissionais de saúde, principalmente os médicos sensíveis ao desespero que se instalou no cárcere, iniciaram ações de prevenção da saúde e tratamento desse agravo (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

A Lei nº 7.210/1984 ou Lei de Execução Penal – LEP garante ao indivíduo sob guarda do Estado os seus direitos fundamentais, ainda neste sentido, a Constituição Federal de 1988 oferece uma gama de direitos por meio de ações e de serviços públicos para todos os brasileiros ou estrangeiros em território brasileiro, de tal forma que, não são excludentes as pessoas em situação de privação de liberdade.

Contudo, por inúmeros fatores, socioculturais, financeiros, de organização das estruturas públicas nos territórios, entre outros, estas pessoas são “timidamente visualizadas” pelas políticas públicas brasileiras, sobretudo a 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 organizaram de maneira a ofertar serviços de saúde desvinculados do SUS, dos territórios e da sistemática preconizada pelas diretrizes atuais.

A Lei de Execução Penal (LEP), em seu art. 1º, determina que tenha por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado. Esta é uma assertiva que vem como um imperativo: humanizar a sanção penal, com a prescrição de mecanismos concretos e serviços penais para garantia de direitos e criação de condições favoráveis para a “reparação” da pessoa custodiada, com conseqüente integração social positiva em sua vida pós-prisional. A LEP ainda preconiza, em seus artigos 10 e 11, que a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Muito mais que o ideal de reintegração social, que pressupõe a ideologia do tratamento, o conceito de integração social supõe um processo de comunicação entre a prisão e a sociedade, objetivando uma identificação entre os valores da comunidade livre com a prisão e vice-versa, caso contrário de nada valeria a Lei de Execuções Penais (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

Em 9 de setembro de 2003 foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça. O plano tornou mais congruentes a legislação penal e o SUS, dando alguma visibilidade à população custodiada no âmbito da política nacional de saúde. No Brasil, encontram-se qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) 100% dos estados e o Distrito Federal, o que representa 271 equipes de saúde no sistema penitenciário, habilitadas e ativas, em 239 unidades básicas de saúde prisional em penitenciárias, em 154 municípios. Esse total de equipes consideradas elegíveis ao PNSSP pode garantir acesso a aproximadamente 30% (200 mil pessoas) do total de pessoas sob custódia no Brasil (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

Com o processo de redesenho do PNSSP, ocorrido de 2011 a 2014, foi publicada uma nova Portaria Interministerial de nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (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 (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

Segundo Soares Filho e Bueno (2016):

Com essa nova política toda unidade prisional habilitada pelo SUS passou a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, devendo ofertar 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 até presos condenados em penitenciárias estaduais e federais.

No Brasil, verifica-se que a tuberculose é um dos agravos mais importantes. Isto se deve a fatores como os apontados neste estudo, assim como ausência de ações de promoção da saúde, e a prevenção dos agravos. A atuação intersetorial permitirá o cuidado integral da pessoa privada de liberdade.

No campo da saúde pública, as unidades prisionais são compreendidas como lugares de grande desafio sanitário, mas ainda não são visualizadas por grande parte dos gestores de saúde como espaços de intervenção, mesmo após a publicação das normas de saúde prisional, que instituem a relação estreita do SUS com o sistema prisional. Por sua vez, os operadores do direito que atuam no âmbito da execução da pena não atentam para isto. Seja por desconhecimento ou por vontade política.

Falta efetivamente ao operador do direito a percepção da dimensão coletiva no trato da doença no sistema prisional, pois atuando sobre a saúde prisional atinge-se também a dos munícipes que rotineiramente adentram as unidades prisionais para realizar visita familiar ou íntima a seus entes privados de liberdade. Consabido que, durante as visitas, os familiares passam a ter contato com os agravos transmissíveis como, por exemplos, a tuberculose e as IST/Aids, ad-

quiridas no meio externo ao presídio ou devido às condições vulneráveis do confinamento, podendo transferi-las diretamente para a comunidade de visitantes. Além disso, é importante considerar a saúde do funcionário dos órgãos envolvidos na execução da pena (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, servidores da área da saúde, servidores das casas prisionais, polícias), e todas as pessoas que por motivo de atividade laboral ou outra entram em contato com a população prisional.

O diagnóstico e tratamento das doenças que assolam a população privada de liberdade sobrecarrega a gestão municipal. Podemos considerar, então, que a vulnerabilidade da população privada de liberdade torna o município também vulnerável e o gestor deve levar essa demanda de vigilância epidemiológica e sanitária como prioridade. Controlar os agravos no sistema prisional se torna uma necessidade de urgência sanitária, com a facilidade de controle do território do presídio que tem sua população adstrita. Essas justificativas sanitárias são o suficiente para que as gestões estaduais e municipais demandem a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), levando para esse público as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, reduzindo-se, assim, o fluxo para a média e alta complexidade da Rede de Atenção à Saúde (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

Devem-se ampliar os investimentos financeiros, as estratégias e as políticas de promoção e prevenção da saúde prisional. Ampliando-se, assim, as possibilidades de acesso serviços públicos, buscando reforçar o sentimento de cidadania, pertencimento e diminuição da sensação de desigualdade social extrema. Também se deve estimular a participação e o controle social no âmbito do sistema prisional para que essas questões possam ser visibilizadas e trabalhadas.

Esta situação reflete a motivação limitada dos gestores da administração penitenciária e das secretarias de saúde ao nível estadual e municipal para assumir a responsabilidade e assegurar o financiamento das ações de saúde destinadas à população privada de liberdade. Mostra o desrespeito do direito das pessoas privadas de liberdade à saúde que, constitucionalmente, deveriam se

beneficiar de atenção da mesma qualidade que a oferecida à população geral, sob a responsabilidade estatal. A privação de liberdade a que estão condenados não inclui privá-los do direito à saúde, mas o respeito aos direitos humanos continua no nível do discurso.

Neste contexto, torna-se imperativo a atuação mais efetiva dos organismos encarregados do acompanhamento do cumprimento da pena como a Vara de Execuções Penais, o Ministério Público, a Defensoria Pública, entre outros, de modo a garantir às pessoas presas, especialmente no que se refere à tuberculose, acesso às medidas de prevenção e cuidados adequados, conforme seu direito constitucional à saúde. No julgamento do Recurso Extraordinário RE 841.526 no Supremo Tribunal Federal, o relator, ministro Luiz Fux concluiu “Se o Estado tem o dever de custódia, tem também o dever de zelar pela integridade física do preso” (SÁNCHEZ e LAZOURÉ, 2016).

A demografia e o perfil da população privada de liberdade demonstram claramente a falência do sistema prisional brasileiro e a necessidade da mudança de paradigma compondo esforços intersetoriais e investimentos em alternativas penais e em estratégias políticas voltadas para o egresso do sistema, reduzindo-se, assim, os gastos públicos com novas edificações e contratações de novos recursos humanos e ampliando a possibilidade de integrar esses sujeitos na sociedade (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

Neste contexto, como assegurar a saúde das pessoas privadas de liberdade? É evidente que se deve, incansavelmente, atuar para dar maior visibilidade ao problema, introduzi-lo no debate público, melhorar as condições de encarceramento e o sistema de saúde penitenciária, incitando, inclusive, os órgãos fiscalizadores a intervir. Além disso, é necessário que a elaboração e a execução de estratégias de saúde, mantendo a independência em relação à administração penitenciária e à hierarquia dos presos, considerem as especificidades da vida em cada unidade prisional, com suas linhas de distribuição de poder, seus equilíbrios e regras. Isto implica em levar em conta não só as exigências de segurança, mas também a influência da hierarquia dos presos aos quais são “delegadas” incumbências com grande impacto sobre a saúde das pessoas privadas

de liberdade, como o acesso ao serviço de saúde e à alimentação, o que gera grandes iniquidades.

É importante também não negligenciar as necessidades de saúde dos agentes penitenciários que estão expostos ao stress e ao de risco de infecções compartilhado com as pessoas privadas de liberdade. Realidades como a circulação e o consumo de drogas na prisão devem ser reconhecidas pela administração penitenciária para que possam ser desenvolvidos programas de redução de riscos cujo método, como demonstra a experiência francesa, inclua todos os atores da vida carcerária. Este exemplo e vários outros apresentados neste número evidenciam que é possível promover a saúde no contexto carcerário desde que a prisão seja considerada como um lugar de vida e as PPL reconhecidas como pessoas que, quando doentes, têm o direito de serem tratadas sem qualquer discriminação (SÁNCHEZ *et al.*, 2016).

Para enfrentar esse problema é preciso ampliar a participação da comunidade carcerária, entendida como aqueles que vivem, trabalham e atuam de diferentes formas nesse espaço: população privada de liberdade e suas famílias, Atenção Primária da Saúde com atuação na área, profissionais de saúde, assistentes sociais, professores, agentes religiosos, advogados e outros. As iniciativas voltadas para o controle da tuberculose no âmbito do sistema prisional demonstraram a exequibilidade e o impacto dessa abordagem.

Outras iniciativas são importantes, a exemplo, incluir a formação e capacitação das próprias pessoas privadas de liberdade para atuarem como promotores de saúde, disseminando informação sobre a tuberculose, colaborando na detecção de casos, melhorando a comunicação entre os detentos e o serviço de saúde. Estreitar os canais de comunicação da comunidade prisional com os profissionais do direito que atuam no âmbito da execução da pena definindo fluxos de trabalho compartilhados entre todos. Utilizar canais de circulação de informação com a utilização de folders, cartazes, revistas em quadrinhos, vídeos, músicas e peças teatrais para esclarecimento da doença. A tuberculose pode ser pauta nas escolas em atividade dentro do sistema prisional, colaborando para a informação da população carcerária. Professores e agentes religiosos, por sua grande credibilidade junto aos detentos, têm grande força, se estimulados a atuarem como parceiros em ações de prevenção.

Quanto aos profissionais de saúde, importante discutir e definir processos de trabalho, normas e rotinas para racionalizar as práticas, favorecendo a integração entre os profissionais que atuam intra e extramuros. No ambiente carcerário, o diálogo entre esses atores é complexo. Entretanto, o impacto no aumento da oferta de cuidados ficará limitado se a prática da nova PNAISP não for acompanhada do reconhecimento das pessoas privadas de liberdade como interlocutoras válidas e dos vários atores da “comunidade carcerária” como parceiros nesse processo. Mais ainda, é preciso superar a indiferença da sociedade pelo que se passa atrás dos muros da prisão para que a superlotação, o desconforto, a violência e a insalubridade não sejam mais consideradas como “normais” e que as PPL possam ver respeitados seus direitos à vida e à saúde (CASTRO, SÁNCHEZ, LAROUZÉ, 2014).

É uma resposta difícil, que passa por uma questão sociocultural: as pessoas não se conscientizam de que os presos têm os mesmos direitos mínimos existenciais (vida e saúde, por exemplo) que as pessoas livres e esse pensamento reflete na sociedade majoritariamente. O Ministério Público está sempre recorrendo das decisões judiciais que contrariam a garantia a esses direitos mínimos fundamentais (PUPPIM, 2016).

Debater saúde prisional e responsabilidade do estado passa pela decisão judicial que define a pena a ser cumprida pelo sujeito de direitos. Temos medidas alternativas como a prisão domiciliar, a tornozeleira eletrônica. Temos a medida de proibição de saída de fim de semana, de recolhimento noturno, de comparecimento mensal ao Juízo para justificar suas atividades. Possuímos a proibição de aproximação de determinadas pessoas, a proibição para saída da comarca sem autorização e, enfim, também pode ser determinado o recolhimento do passaporte.

Para essas medidas, por outro lado, exige-se do Estado a criação de mecanismos de controle rígido. Toma-se como exemplo, como o sistema controla efetivamente se a pessoa saiu da Comarca? No entanto, caso esta venha a ser flagrada descumprindo uma dessas condições, ela obviamente perde o direito ao benefício e será recolhida à prisão. O fato é que ainda existe muita desconfiança pela sociedade, que em sua maioria não aceita essas medidas alternativas, e só enxergam a prisão como única resposta, que deve ser imediata, não sendo

aceitável que se aguarde o trânsito em julgado para ser aplicada, conforme preconiza a Constituição Federal (PUPPIM, 2016).

Esse é o espírito das ações intersetoriais e da inclusão das políticas públicas transversais à penal, sendo imprescindível uma maior aproximação e consequente envolvimento de todos os gestores públicos e da comunidade na busca da solução de seus conflitos sociais (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

5.1.4 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISPS trata-se de política instituída pelo Ministério da Saúde em conjunto com Ministério da Justiça em 2014, mas só pode ser levada à prática por meio de providências concretas, como com a adesão voluntária do estado e de cada município onde exista unidade prisional. A PNAISP parte do princípio de que a população encarcerada faz parte da população local e pela repartição do SUS, caberia ao Município à atenção básica à população privada de liberdade.

Portanto se a responsabilidade é do estado, cabe a este organizar administrativamente qual das duas Secretarias se encarregará da saúde dos detentos. É um recurso federal, que só é repassado se o estado e, também, o município onde se situa unidade prisional aderir. Então se apenas o estado aderir, recebe apenas parte da verba, mas é como se a política não estivesse implantada totalmente. Assim, a saúde prisional continua sendo responsabilidade do estado (PUPPIM, 2016).

A Secretaria Estadual da Saúde – SES-RS e a Superintendência dos Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul - SUSEPE fazem parte da divisão administrativa das atribuições do Estado, portanto a responsabilidade é do Estado e cabe a este organizar administrativamente qual das duas Secretarias se encarregará da saúde dos detentos.

Falta sensibilidade ainda para repensar a prisão como último meio de resposta penal. A sociedade vê a prisão, sempre, como único remédio, a única resposta imediata para um ato contrário à lei, sem pensar nas consequências além da pessoa (autor do delito): se tem um filho pequeno ou se está grávida,

exemplificando. Então, essa é uma questão que precisa ser mais debatida na sociedade. Deixar a prisão só para os casos extremamente necessários e utilizar mais de outros meios de sanção penal, porque temos um número muito alto de prisão provisória (cerca de 40% do total). Muitas vezes, ao final a pessoa recebe uma pena restritiva de direitos, como serviço à comunidade, ou uma pena de regime aberto, mas já ficaram presas provisoriamente em regime fechado, e pior, às vezes além do tempo de duração de sua pena.

É interessante também analisar o grande aumento de mulheres encarceradas – aumento de 567% em 14 anos segundo o sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro (INFOPEN), sendo a maioria acusada de tráfico de drogas, sem emprego de armas, delito cometido sem violência ou grave ameaça à pessoa, o qual em tese caberia substituição de pena de prisão por pena alternativa, mas com esse elevado número de mulheres jovens presas, temos uma geração nascendo no cárcere. O número de mulheres encarceradas cresceu 567% entre os anos 2000 e 2014, chegando a total de 37.380 mulheres em 2014. Dessas mulheres, 68% possuem vinculação penal por envolvimento com o tráfico de drogas não relacionado às maiores redes de organizações criminosas. A maioria dessas mulheres ocupa uma posição coadjuvante no crime, realizando serviços de transporte de drogas e pequeno comércio; muitas são usuárias, sendo poucas as que exercem atividades de gerência do tráfico (PUPPIM, 2016).

Nesse diapasão é possível mostrar ainda que os agentes penitenciários e as organizações paralelas dos privados de liberdade que asseguram a governança das prisões controlam o acesso ao serviço de saúde, utilizando, muitas vezes, critérios alheios à saúde e transformando o acesso ao serviço em moeda de troca. Baseados no resultado deste conjunto de pesquisas demonstra-se importância em desenvolver atividades de *advocacy* junto a gestores e a membros da sociedade civil, e do poder judiciário envolvido no campo do tratamento penitenciário, profissionais de saúde pública e pesquisadores (SÁNCHEZ e LAZOURÉ, 2016), e Ministério Público, e Defensoria Pública.

5.1.5 A atuação do Ministério Público no campo da saúde nas prisões

O Ministério Público atua no âmbito da execução da pena por decorrência de lei (Constituição Federal de 1988, Código de Processo Penal e Lei das Execuções Penais). O ente ministerial atua igualmente no âmbito da tutela coletiva (Lei da Ação Civil Pública).

A tutela coletiva do Ministério Público atua de forma a fiscalizar e cobrar dos entes administrativos melhorias e eficiência na prestação dos serviços públicos, bem como responsabilização de agentes públicos que tenham agido de forma ímproba.

Um exemplo para ilustrar a diferença entre tutela individual e coletiva: quando existe um caso específico de privado de liberdade precisando de cuidado em saúde, e este já solicitou à Superintendência dos Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul (SUSEPE) e esta por sua vez à Secretaria Estadual de Saúde - SES-RS, e esta não agenda o serviço de saúde necessário, caberia uma ação judicial individual desta pessoa privada de liberdade por meio de advogado particular ou da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul; caso seja hipossuficiente, para que o serviço de saúde seja marcado de imediato. Contudo, isso não impede que o Ministério Público também cobre a responsabilidade da SUSEPE e da SES-RS, como acontece eventualmente quando tomamos ciência do fato durante fiscalizações, ou por representação, ou por meio de ouvidorias de casos desse tipo. Entretanto o objetivo do Ministério Público é, antes de tudo, buscar melhorias na prestação do serviço público de forma ampla e irrestrita (PUPPIM, 2016).

Existem inúmeras barreiras de acesso da pessoa privada de liberdade na condição de sujeito de direitos. Há barreiras são impostas por lei, todavia ganham suporte e amplitude pelos limites determinados pelo Poder Judiciário, pela administração da casa prisional, e até mesmo pelo chefe da facção que comanda a galeria onde se encontra a pessoa privada de liberdade. Esta é uma dificuldade muito grande, porque os presos só podem se comunicar enviando manifestação à Promotoria de Justiça como atribuição. Quando a Defensoria Pública faz o atendimento ao preso, a Defensoria, o familiar, ou o Serviço Social Penitenciário também podem encaminhar para o Ministério Público algumas reclamações (PUPPIM, 2016).

Além disso, durante as fiscalizações realizadas pelas Promotorias de Justiça com atribuição na matéria, alguns internos relatam violações de direitos e essas notícias são encaminhadas para os órgãos competentes para que sejam tomadas as medidas cabíveis (PUPPIM, 2016).

As famílias dos privados de liberdade podem ainda entrar em contato com o Ministério Público por telefone, por e-mail ou ainda, fazer representação por escrito diretamente na Promotoria de Justiça, mas deve-se ressaltar que a atuação do Ministério Público é prioritariamente no âmbito coletivo, ainda que no que diz respeito ao processo de execução criminal atue no expediente individual.

Outra forma de cientificar as autoridades sobre violações de direito no sistema prisional é de forma anônima. A pessoa pode se identificar apenas para o Ministério Público e ficar anônima para o público externo (Lei da Transparência das Informações Públicas). Isso facilita a atuação do Ministério Público, porque muitas vezes a pessoa faz uma informação, mas não fornece todos os detalhes de que se precisa para investigar melhor. Com este sistema, pode o Ministério Público entrar em contato e complementar as notícias.

No âmbito das Promotorias de Justiça com atribuição em Direitos Humanos de Porto Alegre não há atuação direta sobre o sistema prisional e todos os assuntos afetos a esta matéria. A atuação da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre é transversal. Sendo a atuação com ênfase na atividade extrajudicial do Ministério Público o instrumento cabível é o inquérito civil (Lei da Ação Civil Pública – Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985).

A investigação se inicia pelo inquérito civil, instaurado na Promotoria de Justiça. Este inquérito pode ser deflagrado de várias formas: pela ouvidoria do Ministério Público, por meio de qualquer cidadão que pode entrar em contato através do número de telefone, ou online, por representação por escrito, assim como apresentar apresentação de cunho da própria pessoa privada de liberdade, ou de seu familiar, ou manifestação de seu procurador. Com isso a notícia de fato aporta ao Ministério Público. Pode ser também através dos diversos órgãos de fiscalização, geralmente os órgãos de categorias profissionais que têm muita atuação no sistema prisional, como por exemplo, o Conselho Regional de Psicologia, o Conselho Regional de Assistentes Sociais, o Conselho Regional de Enfermagem. Essas categorias costumam trazer notícias de violações de direitos humanos ao Ministério Público.

Para atuação na tutela coletiva, o Ministério Público dispõe de quatro mecanismos básicos: (i) o inquérito civil; (ii) o termo de ajustamento de conduta (TAC); (iii) a recomendação; e (iv) a ação civil pública (PUPPIM, 2016).

O inquérito civil é o instrumento legal para investigar e obter provas de que existe alguma irregularidade que precisa ser sanada. O Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) é um acordo extrajudicial no qual a Administração Pública se compromete em tomar medidas para sanar irregularidade em determinado prazo (porém, de fato, é difícil obter esse comprometimento por parte do gestor). A Recomendação se cuida de documento escrito e determina ao gestor a realização de vários atos administrativos com vistas à melhoria do serviço público prestado. A Recomendação se presta para indicar ao gestor que caso o serviço não melhore ou se regularize em prazo estipulado pelo Ministério Público, medidas judiciais serão tomadas – que geralmente é a ação civil pública. Esta consiste no meio jurisdicional pelo qual o *Parquet* requer providências/responsabilização em face da Administração.

Por meio das ações civis públicas, que são o instrumento jurisdicional para cobrar do estado sua responsabilidade, pode-se determinar judicialmente a prestação do serviço de forma adequada, exigindo multa e, eventualmente, indenização. No entanto, nem sempre se obtém sucesso, especialmente na área prisional, onde encontramos resistência do Poder Judiciário em determinar a execução de políticas públicas voltadas especialmente para a população carcerária.

Ressalta-se que nos locais onde a Defensoria Pública não seja estruturada o Ministério Público atua mais intensamente na seara individual, especialmente em se tratando do direito indisponível da saúde e por ser o preso, uma pessoa que está sob a tutela do Estado.

Outros órgãos de suma importância na fiscalização das condições do sistema prisional são os conselhos estaduais e municipais (saúde, assistência social, idoso). Estes órgãos de controle social devem ser fonte de notícias quando obtiverem informações sobre violações de direitos das pessoas privadas de liberdade. As entidades que militam na seara dos direitos humanos, *idem*, devem manter atividades vigilantes e prontas a notificar violação de direitos (Ordem dos Advogados do Brasil, Organizações Não Governamentais, Sindicatos e Associações dos Profissionais que atuam direta ou indiretamente no sistema prisional,

e outros). Todos os órgãos e entidades mencionadas têm dever de solicitar providências e articular para a construção e execução de políticas públicas.

Sobre o tema tuberculose no sistema prisional, o Ministério Público somente poderia atuar na esfera do direito coletivo. Havendo uma pessoa privada de liberdade com diagnóstico positivo para tuberculose e necessitando de tratamento, a ação individual não é atribuição do Ministério Público. A própria pessoa privada de liberdade pode ajuizar individualmente a ação judicial por meio de seu procurador constituído (Defensoria Pública ou privado).

Especialmente a visão do Direito Penal que tem o encarceramento como única resposta e solução para problemas sociais, a atuação do Ministério Público esbarra mesmo na intervenção coletiva. Ingressando no tema do presente estudo, quando se demonstra que a atuação intersetorial de todos os órgãos envolvidos é fundamental no controle e combate da tuberculose prisional, pode-se afirmar com segurança que é uma questão de fundamentação jurídica coletiva. Estamos tratando de saúde pública. Portanto, os operadores do direito que atuam na execução criminal são parte do processo de cura e erradicação da tuberculose prisional.

O Brasil está em 4º lugar mundial em número absoluto de população carcerária. O país poderá chegar ao primeiro lugar, ultrapassando a Rússia, a China e os EUA. No entanto, observa-se que a criminalidade aumenta e o índice de apuração de homicídios continua muito baixo. No Brasil, temos apenas cerca 8% dos homicídios dolosos investigados e apurados, com denúncia oferecida pelo Ministério Público, sobretudo em razão da ausência de investimentos na polícia investigativa – tanto no aspecto de recursos humanos, insuficiência e falta de valorização profissional, quanto na precária estrutura e falta de investimento em inteligência.

Então, as cerca de seiscentas mil pessoas presas no Brasil não necessariamente cometeram crimes graves ou violentos contra pessoa (PUPPIM, 2016). A mesma lógica serve para os serviços de saúde destinados à população carcerária, mormente em razão da ausência de investimentos na – da mesma maneira no que diz respeito aos recursos humanos, insuficiência de profissionais, quanto na precária estrutura e falta de investimento em insumos e estrutura para atendimento de saúde prisional.

É necessário refletir sobre essa política de encarceramento, até porque essas pessoas que estão no cárcere irão retornar para as ruas, com índices de reincidência altíssimos. Isso é nítido não apenas com relação à segurança pública, mas também com relação à saúde pública, por exemplo: um parente do preso comparece para visitá-lo, pode contrair tuberculose e essa pessoa retorna para sua comunidade. A pessoa que cuida dos filhos na sua casa, ou cuida de crianças de terceiros como funcionária em creche (PUPPIM, 2016), ou trabalha como comerciário ou comerciária, como auxiliar de serviços gerais em órgão público ou empresa privada, ou no setor administrativo de órgão público ou empresa privada, exerce atividades como empregada doméstica em residências abastadas.

Essas pessoas em regra vulneráveis física e economicamente, residem em pequenos espaços, dividindo-o com outros familiares. Há integrantes da família que sequer frequentam as penitenciárias, mas são alvos idênticos para desenvolver a doença. Os familiares que contraem a doença, com diagnóstico ou sem o diagnóstico, se deslocam por meio próprio ou por transporte coletivo. Ainda, estas pessoas alimentam-se em locais coletivos. Efetua suas compras em locais coletivos de pequeno, médio ou grande porte. Estas pessoas têm seus momentos de lazer, comparecendo em locais de grande público. Circulam, vivem porque são sujeitos de direito. Por decorrência, tratados como população “invisível” passa a ser campo fértil para a doença epidêmica.

Não podemos olvidar que os operadores do direito que atuam na execução da pena bem como os integrantes de órgãos que atuam no sistema prisional entram em contato com os privados de liberdade que estão doentes, do mesmo modo como aquele parente que visita a pessoa privada de liberdade e contrai a doença. Ou seja, a relação havida entre o privado de liberdade doente e aqueles com quem ele mantém contato não se restringe ao seu familiar ou aos demais integrantes da cela. Nesse passo, não há como sustentar o pensamento de que a população carcerária está isolada e, por conseguinte, não oferecem risco à saúde individual e coletiva, ou melhor, à saúde pública.

Para Puppim (2016), é muito triste a questão de considerar que existem categorias de pessoas, que umas merecem direitos e outras não e que “esse papo de direitos humanos” é para defender bandido, criminoso, vagabundo. O direito à dignidade e saúde é para todos, mas, infelizmente, não é assim que

muitos pensam [...] Essa ilusão de que manter a pessoa afastada do convívio social, “neutralizada”, vai garantir a paz social, não se reflete na prática, pois não é isso que está acontecendo. Estamos encarcerando cada vez mais e o crime aumentando cada vez mais. Nesse contexto, ainda se incluem os jornais polici-alescos e os canais de televisão sensacionalistas, que incitam ódio e vingança como forma de justiça seletiva, reforçando um pensamento hegemônico que temos hoje na sociedade brasileira.

5.2 A tuberculose no sistema prisional do Brasil

Pensar em tuberculose no sistema prisional induz a pensar em violência. A pessoa privada de liberdade tanto foi o causador da violência que ocasionou a execução de pena criminal, como pode ser vítima de violência e abusos de direito. E a violência e abusos de direito fazem parte da configuração pré e posterior ao fato delituoso praticado e que gerou a privação de liberdade.

As causas estão associadas às extremas desigualdades sociais, que se aprofundaram ainda mais a partir da década de 80 (MINAYO, 1994); à existência de um estado omissivo e ineficiente na dotação de políticas sociais básicas; às contradições urbanas e de políticas no campo; em síntese, à ausência de um projeto nacional capaz de integrar o grande grupo de risco.

Esta situação estrutural é agravada, conjunturalmente, pela organização do crime em torno do narcotráfico e do uso de drogas nos grandes centros urbanos, fenômeno que, além de atrair grandes contingentes de jovens, envolvem autoridades públicas, empresários, adentrando em todas as camadas sociais.

A prevenção da violência, portanto, passa por uma mudança mais profunda do Estado e da sociedade, sobretudo por um processo de democratização política, social, econômica e cultural, na qual o setor saúde entra como comparsa de um projeto de nação capaz de avançar na cidadania e na equidade.

Confinar pessoas privadas de liberdade (PPL) em um país de, alta ou média endemicidade de tuberculose como o Brasil, em ambientes superlotados e mal ventilados, tem como consequência imediata a amplificação da transmissão e uma hiperendemicidade neste contexto, com risco não só para elas, como para suas famílias, para os profissionais que exercem suas atividades nas prisões e

para as comunidades nas quais as PPL irão se inserir após o livramento (MINAYO, 1994).

O perfil demográfico da população prisional brasileira é o reflexo da marginalização histórica da relação cidadão *versus* Estado, da falta de políticas públicas inclusivas, da baixa escolaridade, da pouca perspectiva de futuro e da cultura da violência. A iniquidade no acesso às políticas públicas é uma problemática que potencializa as vulnerabilidades que, somada à visão punitivista, resalta a relação de poder do Estado na dominação dos corpos dos apenados que estão sob a sua responsabilidade. Ao debater a demografia do sistema prisional, o perfil dos presos e as vulnerabilidades e iniquidades identificadas é possível vislumbrar com mais clareza os possíveis caminhos para a efetivação do direito à saúde e da oferta de assistência médica para o sistema prisional, em contraposição às deficiências no que tange ao próprio processo de ressocialização (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

Pode-se afirmar que a população encarcerada brasileira vive abaixo da linha de dignidade mínima, não sendo a ela garantidos, malgrados declarados, seus primordiais direitos; em particular, aquele que poderia lhe conferir uma convivência saudável, no plano de um “mínimo existencial”, pelo vácuo legislativo, pela dificuldade de articulação do executivo com o judiciário e no que concerne à existência e efetivação de políticas públicas baseadas nas necessidades das pessoas privadas de liberdade.

Essa afirmação se apoia nos resultados das inspeções do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), nas quais é exposto que o ambiente prisional se apresenta, em grande maioria, altamente precário e insalubre. Estruturas arquitetônicas em ruínas; celas superlotadas, úmidas e escuras; má-alimentação; sedentarismo; uso generalizado de drogas e falta de higiene criam condições propícias à proliferação de epidemias e ao desenvolvimento de patologias e psicopatologias. Há uma prevalência consideravelmente elevada de casos de agravos transmissíveis, além dos não transmissíveis entre a população privada de liberdade brasileira (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

A série histórica do encarceramento mostra que a população privada de liberdade cresceu 575% em 24 anos, saltando de aproximadamente 90 mil presos no início da década de 1990, para mais de 607.731 presos em 2014. O Brasil é o quarto maior país que encarcera no mundo, atrás dos Estados Unidos, com

2.228.424, China, com 1.657.812, e Rússia, com 673.818 presos. Quanto ao encarceramento feminino, o Brasil cai para o quinto lugar, porém a população absoluta de mulheres encarceradas no sistema penitenciário cresceu 567% entre os anos 2000 e 2014, com aproximadamente 37.380 mulheres (6,4% da população prisional), enquanto o crescimento masculino foi de 220% no mesmo período (SOARES FILHO E BUENO, 2016).

A taxa de encarceramento (população prisional para cada 100.000 habitantes) é de 698 nos Estados Unidos, 119 na China, 468 na Rússia e de 300 no Brasil.

Tabela 1

Tabela 1. Pessoas privadas de liberdade no Brasil em junho de 2016⁸

Brasil - Junho de 2016	
População prisional	726.712
Sistema Penitenciário	689.510
Secretarias de Segurança/ Carceragens de delegacias	36.765
Sistema Penitenciário Federal	437
Vagas	368.049
Déficit de vagas	358.663
Taxa de ocupação	197,4%
Taxa de aprisionamento	352,6

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho/2016. Secretaria Nacional de Segurança Pública, Junho/2016; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, dezembro/2015; IBGE, 2016.

⁸ Para o cálculo da população prisional, foram desconsideradas as pessoas em prisão albergue domiciliar, por não se encontrarem em estabelecimentos penais diretamente administrados pelo Poder Executivo. Também foram desconsideradas neste levantamento as centrais de monitoração eletrônica, que serão consideradas em levantamento específico, a ser realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional, no âmbito de sua política de penas e medidas alternativas à prisão.

A Tabela 1 apresenta o panorama geral da população prisional brasileira registrada em 30/06/2016 em 1.422 unidades prisionais que participaram do levantamento. Em Junho de 2016, existiam 726.712 pessoas privadas de liberdade no Brasil, sendo 689.510 pessoas que estão em estabelecimentos administrados pelas Secretarias Estaduais de Administração Prisional e Justiça, o sistema penitenciário estadual; 36.765 pessoas custodiadas em carceragens de delegacias ou outros espaços de custódia administrados pelas Secretarias de Segurança Pública; e 437 pessoas que se encontram nas unidades do Sistema Penitenciário Federal, administradas pelo Departamento Penitenciário Federal. Em relação ao número de vagas, observamos um déficit total de 358.663 mil vagas e uma taxa de ocupação média de 197,4% em todo o país, cenário também agravado em relação ao último levantamento disponível.⁶

Gráfico 1

Gráfico 1. Evolução das pessoas privadas de liberdade entre 1990 e 2016¹²

Fonte: Ministério da Justiça. A partir de 2005, dados do Infopen.

¹² Com exceção do ano de 2002, em que foi produzido apenas relatório referente ao primeiro semestre do ano, e do ano de 2016, que se refere a Junho, os demais dados referem-se ao mês de dezembro de cada ano. Não há dados disponíveis para os anos de 1996 e 1998. Os dados disponíveis em cada ano incluem as pessoas privadas de liberdade que se encontram no Sistema Penitenciário Federal.

Fonte: Página do Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. Disponível em http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016. Acesso em 21/01/2019.

⁶ Dados na página do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional 2017. http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016. Acesso em 21/01/2019.

Tabela 2

Tabela 2. Principais dados do sistema prisional brasileiro em Junho de 2016, por Unidade da Federação e Sistema Penitenciário Federal¹¹

UF	População prisional	Taxa de aprisionamento	Vagas no sistema prisional	Taxa de ocupação	Total de presos sem condenação	% de presos sem condenação
AC	5.364	656,8	3.143	170,7%	1.989	37,1%
AL	6.957	207,1	2.845	244,5%	2.588	37,2%
AM	11.390	284,6	2.354	483,9%	7.337	64,4%
AP	2.680	342,6	1.388	193,1%	628	23,4%
BA	15.294	100,1	6.831	223,9%	8.901	58,2%
CE	34.566	385,6	11.179	309,2%	22.741	65,8%
DF	15.194	510,3	7.229	210,2%	3.651	24,0%
ES	19.413	488,5	13.417	144,7%	8.210	42,3%
GO	16.917	252,6	7.150	236,6%	6.828	40,4%
MA	8.835	127,0	5.293	166,9%	5.177	58,6%
MG	68.354	325,5	35.556	187,0%	39.536	57,8%
MS	18.688	696,7	7.731	241,7%	6.058	32,4%
MT	10.362	313,5	6.369	162,7%	5.436	52,5%
PA	14.212	171,8	8.489	167,4%	6.860	48,3%
PB	11.377	284,5	5.241	217,1%	4.798	42,2%
PE	34.556	367,2	11.495	300,6%	17.560	50,8%
PI	4.032	125,6	2.363	170,6%	2.217	55,0%
PR	51.700	459,9	18.365	281,5%	14.699	28,4%
RJ	50.219	301,9	28.443	176,6%	20.141	40,1%
RN	8.809	253,5	4.265	206,5%	2.969	33,7%
RO	10.832	606,1	4.969	218,0%	1.879	17,3%
RR	2.339	454,9	1.198	195,2%	1.033	44,2%
RS	33.868	300,1	21.642	156,5%	12.777	37,7%
SC	21.472	310,7	13.870	154,8%	7.627	35,5%
SE	5.316	234,6	2.251	236,2%	3.461	65,1%
SP	240.051	536,5	131.159	183,0%	75.862	31,6%
TO	3.468	226,2	1.982	175,0%	1.368	39,4%
União	437	-	832	52,5%	119	27,2%
Total	726.712	352,6	368.049	197,4%	292.450	40,2%

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho/2016. Secretaria Nacional de Segurança Pública, Junho/2016; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, dezembro/2015; IBGE, 2016.

¹¹ Nos cálculos da população prisional total e do número de presos sem condenação foram consideradas também as pessoas custodiadas em carceragens de delegacias e outros estabelecimentos de custódia administrados pelas Secretarias de Segurança Pública.

Fonte: Página do Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. Disponível em http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016. Acesso em 21/01/2019.

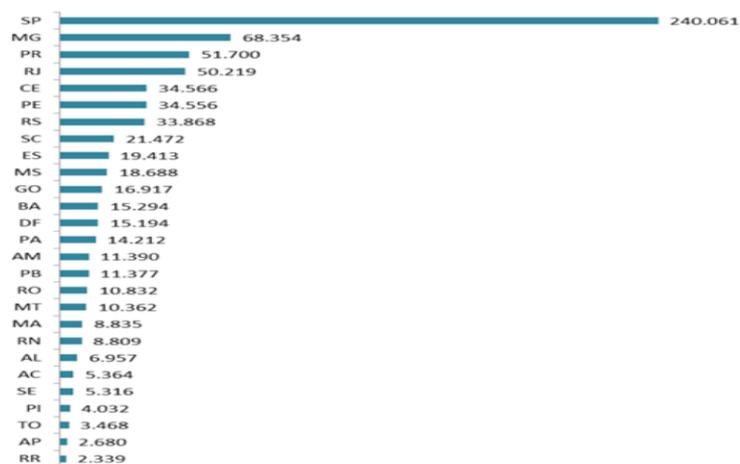
A Tabela 2 nos oferece a compilação dos principais indicadores do sistema prisional brasileiro por Unidade da Federação e no Sistema Penitenciário Federal.⁷

⁷ Dados na página do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional 2017. Disponível em http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016. Acesso em 21/01/2019.

A população prisional total no país é composta pela soma das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional estadual e nas carceragens das delegacias, além daquelas custodiadas no Sistema Penitenciário Federal. No caso dos estados de Amazonas, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Sergipe, a informação disponível sobre o total de pessoas custodiadas em carceragens de delegacias não apresentava o recorte de gênero, considerado pelo levantamento do Infopen⁸ em todas as suas categorias. Dessa forma, a informação sobre as pessoas em carceragens apresenta lacunas no cálculo do total da população brasileira. Para fins do relatório, sendo considerado o total de 36.765 pessoas privadas de liberdade nestes espaços em Junho de 2016, o que compõe 5% da população prisional total no país.⁹

Gráfico 2

Gráfico 2. População prisional no Brasil por Unidade da Federação



Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho/2016.

Fonte: Página do Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. Disponível em http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016. Acesso em 21/01/2019.

Considerando a complexidade das instituições penitenciárias são de conhecimento público geral que as prisões brasileiras são assoladas pelo domínio

⁸ O Infopen é um sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro. O sistema, atualizado pelos gestores dos estabelecimentos desde 2004, sintetiza informações sobre os estabelecimentos penais e a população prisional. Em 2014, o DEPEN reformulou a metodologia utilizada, com vistas a modernizar o instrumento de coleta e ampliar o leque de informações coletadas. O tratamento dos dados permitiu amplo diagnóstico da realidade estudada, mas que não esgotam, de forma alguma, todas as possibilidades de análise. Disponível em <http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>. Acesso em 21/01/2019.

⁹ Dados na página do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional 2017. Disponível em http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016. Acesso em 21/01/2019.

das denominadas “facções”. Este fator, adicionado a outros, interfere diretamente na execução das políticas de saúde prisional. As pessoas presas estão subjugadas à administração penitenciária, que se contenta essencialmente em confiná-las, negligenciando seu papel de reinserção social. Alocadas nas prisões em função dos grupos criminosos que dominam suas comunidades de origem, as pessoas privadas de liberdade estão igualmente submetidas ao poder paralelo das facções.

Este duplo controle num ambiente altamente hierarquizado aumenta a vulnerabilidade dos privados de liberdade, levando-as a priorizar as condições de sobrevivência em detrimento da saúde, enquanto a administração penitenciária prioriza a segurança. Em um universo onde a virilidade e a força são muito valorizadas, a imagem de fragilidade decorrente da tuberculose, associada ao medo da discriminação em função de práticas ligadas ao risco de contágio que ignoram o contexto, como o isolamento e o uso de máscaras, leva o paciente, não raro, a retardar a busca pelo diagnóstico, o que contribui para a manutenção da transmissão intrainstitucional (SÁNCHEZ e LAZOURÉ, 2016).

No panorama prisional brasileiro, portanto, as ações de saúde são desacreditadas diante das deficiências dos serviços oferecidos. Os profissionais de saúde que atuam neste cenário, em regra, são servidores submetidos a outras chefias que não aquela da gerência penitenciária. Assim, em número suficiente ou mesmo insuficiente são dependentes de uma administração penitenciária que os desconsidera, o que nem sempre lhes permite responder às exigências éticas e técnicas da sua profissão.

O serviço de saúde padece de ser essencialmente curativo, com um sistema de referência e contrarreferência ineficiente, limitado pela inexistência de transporte de saúde independente e pelas condições desumanas em que ocorre. Para as pessoas presas, que tendem a rejeitar todo tipo de imposição além daquelas impostas pelo contexto, as estratégias coercitivas frequentemente preconizadas pela saúde, particularmente para assegurar a tomada da medicação para tuberculose, têm, em nossa experiência, efetividade limitada (SANCHEZ e LAZOURÉ, 2016).

5.2.1 Tuberculose no sistema carcerário do Rio Grande do Sul

Na saúde prisional, não apenas os órgãos de saúde são responsáveis pela saúde do indivíduo que está em cumprimento de pena, mas também igualmente o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública. Além disso, devem ser inseridos órgãos estatais de cunho administrativo que executam a pena, como a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) no Rio Grande do Sul.

A tuberculose é um agravo de notificação compulsória. As principais medidas para o controle da doença e interrupção de sua cadeia de transmissão são o diagnóstico e o tratamento correto e oportuno dos casos de tuberculose pulmonar. Em 2014, foram estimadas 9,6 milhões de pessoas com tuberculose em todo o mundo distribuídas em 5,4 milhões de homens, 3,2 milhões de mulheres e 1 milhão de crianças. Entretanto, cerca de 6 milhões de casos novos da doença – menos de dois terços (62,5%) – foram notificados à Organização Mundial da Saúde (OMS), indicando que 37,5% dos casos não foram diagnosticados ou não foram registrados. Para o mesmo ano de 2014, foram estimadas 1,5 milhões de mortes por tuberculose (ABREU *et al.*, 2017).

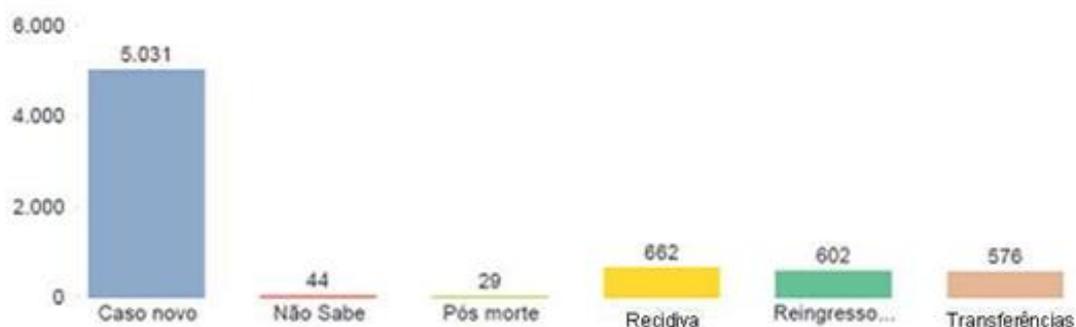
Para caracterização dos casos de tuberculose, consideram-se, entre outras, as seguintes variáveis (ABREU *et al.*, 2017): (i) sociodemográficas: sexo (masculino; feminino); faixa etária (em anos: 0 a 9; 10 a 19; 20 a 39; 40 a 59; 60 a 79; 80 ou mais); escolaridade (analfabeto; fundamental incompleto; fundamental completo; médio incompleto; médio completo; superior incompleto; superior completo); cor da pele ou raça (branca; preta; parda; amarela; indígena); (ii) institucionalização (presídio; asilo; orfanato; hospital psiquiátrico; outros); e (iii) população especial (privação de liberdade; situação de rua; profissional da saúde; beneficiário de programa de transferência de renda; imigrante)(ABREU *et al.*, 2017).

No Rio Grande do Sul, dados da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE, 2016) indicam que há 31.132 (94, 50%) homens e 1.812 mulheres (5,50%), totalizando 32.944 pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. O percentual da população prisional feminina mantém-se em torno de

5 a 9%, similar ao de estudos nacionais e internacionais referentes ao tema.

No ano de 2017, foram registrados 5.031 casos novos de tuberculose no estado, com 6.944 casos no total. A distribuição por tipo de entrada dos casos de tuberculose encontra-se na Figura 1.

Figura 1. Tipos de entrada, casos de tuberculose, RS, 2017 ¹⁰



Fonte: BI - DGTI/ SINAN / CEVS/ SES-RS: mar/ 2018.

No Estado do Rio Grande do Sul, os delitos relacionados ao tráfico de drogas são responsáveis por 25% dos encarceramentos masculinos e 95% dos femininos. Esses números acompanham a percentagem nacional para população masculina, que também é de 25%, enquanto são maiores que a média nacional feminina, que é de 63% (BRASIL, 2014). Em relação à raça/cor, do total da população carcerária do Rio Grande do Sul, 70,4 % são brancos, 15,4% negros, e 14,4%, outras (SUSEPE, 2016). A distribuição por nível de escolaridade evidencia instrução precária, sendo apenas 11,9% (RS) e 7% (BRASIL, 2017) da população com ensino fundamental completo e 70% (RS) e 69% (BRASIL, 2017) com ensino fundamental incompleto ou menor grau de instrução. ¹¹

Seguem abaixo outros dados do Rio Grande do Sul fornecidos pela Superintendência dos Serviços Penitenciários (Tabelas 3, 4 e 5):¹²

¹⁰ Dados obtidos na Página da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde. no Plano Estadual de Combate à Tuberculose. Disponível em <https://www.cevs.rs.gov.br/tuberculose>. Acesso em 21/01/2019.

¹¹ Dados obtidos na página da Superintendência dos Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul – SUSEPE. Disponível em <http://www.susepe.rs.gov.br>. Acesso em 21/01/2019.

¹² Dados obtidos na página da Superintendência dos Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul – SUSEPE. Disponível em <http://www.susepe.rs.gov.br>. Acesso em 21/01/2019.

Tabela 3. Distribuição segundo sexo, sistema prisional do Rio Grande do Sul, RS, 2017.

Sexo	n	%
Masculino	34.660	94,8
Feminino	1.908	5,2
Total	36.568	100

Fonte: adaptado de Departamento de Planejamento/SUSEPE-RS (Relatório de 05/07/2017)

Tabela 4: Distribuição segundo faixa etária, sistema prisional do Rio Grande do Sul, RS, 2017.

Faixa etária (anos)	n	%
18 a 24	8.404	23,0
25 a 29	7.84	21,4
30 a 34	7.429	20,3
35 a 45	889	2,4
45 a 60	3.426	9,4
Mais de 60	575	1,6
Não informado	4	0,0
Total	36.568	100

Fonte: adaptado de Departamento de Planejamento/SUSEPE-RS (Relatório de 05/07/2017)

Tabela 5: Distribuição segundo escolaridade, sistema prisional do Rio Grande do Sul, RS, 2017.

Escolaridade	n	%
Alfabetizado	1.569	4,3
Analfabeto	915	2,5
Fundamental incompleto	22.486	61,5
Fundamental	4.612	12,6
Médio incompleto	3.982	10,9
Médio	2.388	6,5

Superior incompleto	351	1,0
Superior	178	0,5
Não informado	87	0,2
Total	36.568	100

Fonte: adaptado de Departamento de Planejamento/SUSEPE-RS (Relatório de 05/07/2017)

Observa-se que a tuberculose está presente em número maior de indivíduos do sexo masculino em relação ao feminino na população prisional consoante a Tabela 3, acima indicada. As variáveis envolvidas em tais resultados são diversas. Por exemplo, as instalações masculinas são mais insalubres que as casas prisionais femininas. Em regra, as casas prisionais masculinas têm superlotação, diferentemente das casas femininas, nas quais o número é suportável no sistema. Usualmente, os hábitos de higiene femininos são melhores que os masculinos. Esses são apenas alguns fatores que podem influenciar no ambiente de vivência das casas prisionais masculinas e que tornam o ambiente promissor à transmissão da tuberculose.

Sabe-se que número significativo de pessoas que precisaram internar por tuberculose/HIV/Aids em Porto Alegre são procedentes da Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro. São pessoas de baixa escolaridade, vulnerabilidade social acentuada e com maior frequência de reingressos e recidivas. Também avalia-se a realização de Tratamento Supervisionado (TS) ou Tratamento Diretamente Observado (TDO) entre estes indivíduos vindos da Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro. Os reingressos e as recidivas nos casos que internaram sugerem relação do binômio abandono/adesão ao tratamento. É verdade que o cenário prisional impõe no território os problemas atinentes à vulnerabilidade social, abandono, reingressos e recidivas indicam que não são questões diversas, mas elementos de um mesmo contexto.

O Plano Estadual de Controle da Tuberculose está sob a supervisão do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) da Divisão de Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual de Controle da Tuberculose. O CEVS é órgão da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Cabe ao Programa Estadual incentivar a confecção dos Planos Municipais de Controle da Tuberculose e sua posterior aprovação pelos Conselhos Municipais de Saúde,

bem como a supervisão de sua execução, garantindo a capacitação de profissionais para planejarem e executarem as ações. Em última análise, consistem na compilação de todos os Planos Municipais de Controle da Tuberculose, obrigatórios desde o ano de 2005 para os “Municípios Prioritários” perante o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT-MS).

Até 2009, na vigência do Plano Nacional de Combate à Tuberculose, os “Municípios Prioritários” no RS eram em número de 24. Em 2017, passaram ao número de 15: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão. Estes municípios foram responsáveis pela notificação de 68,1% dos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva no ano 2009 no RS, sendo que Porto Alegre notificou 29,6% do total destes casos. Todavia com o novo plano nacional, Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose, não há definição de municípios prioritários. O setor de planejamento de cada local deverá realizar o diagnóstico situacional e adaptar as recomendações do subcenário em que se encontra. Os cenários e subcenários são fundamentados em indicadores econômicos (taxa de desemprego, vulnerabilidades, características dos locais com melhor condição socioeconômica associada ao coeficiente de incidência de tuberculose, características dos locais com condição socioeconômica desfavorável associada ao coeficiente de incidência de tuberculose), taxas de óbitos, e indicadores operacionais.¹³

O Plano Estadual de Controle da Tuberculose prevê ações no Sistema Prisional como (i) a capacitação continuada das Equipes de Saúde que atuam no Sistema Prisional para o diagnóstico precoce da tuberculose, solicitação de cultura para micobactérias em todos os casos pulmonares, solicitação de anti-HIV para todos os pacientes e acompanhamento rigoroso do tratamento com baciloscopia mensal e tratamento diretamente observado, elevando as taxas de cura para, pelo menos, 75%; e (ii) a implantação definitiva da avaliação na “Porta

13 - Dados obtidos na página do Ministério da Saúde. no Programa Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em 21/01/2019.

de Entrada” do Presídio Central de Porto Alegre, com exame radiológico e baciloscópico de escarro em todos os que ingressarem no Sistema Prisional através daquela casa prisional.¹⁴

O exemplo da situação da tuberculose no Rio Grande do Sul tem-se o Presídio Regional de Pelotas, um dos maiores da região Sul do estado, que tem capacidade para 382 apenados, mas abriga 1.018 presos, em 2018.¹⁵ Em 2013, a cidade de Pelotas teve uma prevalência de casos de tuberculose de 67 casos por 100 mil habitantes; no presídio, a incidência foi de 2.285 por 100 mil casos no mesmo ano.

No município de Santa Cruz do Sul, o Presídio Regional de Santa Cruz do Sul, um dos maiores do vale do Rio Pardo, tem capacidade para 250 presos, mas está com 274 presos em 2018.¹⁶

Com relação à prevalência de tuberculose na população do município de Santa Cruz do Sul, foram 91 casos/100 mil habitantes e no PRSC 7.780/100 mil em 2013 (VALENÇA *et al*, 2016).

Sobre as formas de tuberculose (Tabela 6) que assolaram a população do Estado do Rio Grande do Sul nos vinte municípios então considerados prioritários demonstra o levantamento de 2016 que ainda prevalece a tuberculose pulmonar.¹⁷

Tabela 6

¹⁴ Dados obtidos na Página da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde. no Plano Estadual de Combate à Tuberculose. Disponível em <https://www.cevs.rs.gov.br/tuberculose>. Acesso em 21/01/2019.

¹⁵ Dados obtidos na página da Superintendência de Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.susepe.rs.gov.br>. Acesso em 21/01/2019.

¹⁶ Dados obtidos na página da Superintendência de Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.susepe.rs.gov.br>. Acesso em 21/01/2019.

¹⁷ Dados obtidos na página do Centro de Vigilância em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - Informe Epidemiológico, 2018. Disponível em <https://cevs.rs.gov.br/a-tuberculose-no-rio-grande-do-su>. Acesso em 21/01/2019.

Formas de Tuberculose, 2016, 20 municípios com maior número de casos:

Ocorrência de Tuberculose por Forma: 2016, Rio Grande do Sul														
Municípios	Total	PULM	P + E	EP	PLEURAL	GANGL	GU	ÓSSEA	OCULAR	MILIAR	MENING	CUTAN	LARING	OUTRA
Total Casos RS	6622	5362	387	872	473	178	27	43	19	179	135	19	19	167
Porto Alegre	1907	1508	157	242	149	54	8	8	5	59	45	8	7	56
Alvorada	320	242	28	49	31	10	1	2	1	13	12	0	0	7
Pelotas	288	233	5	50	23	7	3	0	1	3	3	2	0	13
Viamão	282	207	25	50	27	15	2	3	2	11	7	1	1	6
Canoas	281	220	17	44	15	17	1	3	0	6	2	0	3	14
Rio Grande	230	194	5	31	13	7	0	2	0	6	6	0	1	1
Caxias do Sul	219	176	5	38	21	3	0	2	1	7	4	0	1	4
Gravataí	209	143	40	26	28	13	1	3	1	8	3	0	1	8
Charqueadas	183	173	3	7	6	3	0	0	0	0	1	0	0	0
São Leopoldo	155	124	7	24	7	0	2	4	1	4	6	1	1	5
Novo Hamburgo	114	99	3	12	2	4	0	3	0	1	0	1	0	4
Sapucaia do Sul	109	87	9	13	9	3	0	1	0	4	2	0	0	3
Cachoeirinha	101	73	8	20	8	3	3	0	0	6	4	1	0	3
Santa Maria	99	85	5	9	4	1	0	1	0	2	1	0	0	5
Passo Fundo	86	73	3	10	7	0	0	0	0	2	1	0	0	3
Esteio	79	72	3	4	3	1	0	2	0	0	0	0	0	1
Uruguaiana	71	62	0	9	0	3	0	1	1	3	0	0	0	1
Guaíba	64	46	9	9	3	4	0	0	0	6	3	0	0	2
Santa Cruz do Sul	63	49	2	12	5	3	0	0	0	3	2	0	0	1
Lajeado	52	38	6	8	10	0	1	0	0	2	0	0	0	1

Legenda:

Pulm: forma pulmonar de tuberculose

P+E: forma pulmonar e extrapulmonar de tuberculose

EP: apenas forma extrapulmonar de tuberculose

Das formas Extrapulmonares: pleural, ganglionar, genitourinária, óssea, miliar, meningoencefálica, cutânea, laringea e outras não especificadas na notificação do caso.

Fonte: Dados obtidos na página do Centro de Vigilância em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - Informe Epidemiológico, 2018. Disponível em <https://cevs.rs.gov.br/a-tuberculose-no-rio-grande-do-sul> Acesso em 21/01/2019.

Em Porto Alegre, rastreamento radiológico mostrou prevalência mais elevada de tuberculose ativa (9,1%), de infecção pelo HIV (5,8%) e de coinfeção tuberculose/HIV (18,2%). A alta taxa de infecção pelo HIV encontrada está em coerência com a frequência particularmente elevada de infecção pelo HIV na população geral de Porto Alegre em relação à taxa nacional. O resultado pode, em parte, ser decorrente da baixa performance do método de rastreamento utilizado nesses estudos, baseado na existência de sintomas. As variações de prevalência de infecção latente pelo bacilo da tuberculose (ILTb) entre as pessoas privadas de liberdade podem ser, em parte, decorrentes dos diferentes níveis de endemicidade da tuberculose segundo os estados do país (SÁNCHEZ e LAZOURÉ, 2016).

5.3 A tuberculose e os determinantes sociais

Os determinantes sociais estão associados à liberdade. A liberdade faz parte de nosso patrimônio identitário? Dispomos de liberdade? De liberdades?

Devemos primeiro, definir o termo. Uma liberdade aparece quando o ser humano dispõe de possibilidades mentais de fazer uma escolha e de tomar uma decisão e quando dispõe das possibilidades físicas ou materiais de agir segundo a sua escolha e a sua decisão. Quanto mais apto a usar a estratégia na ação, ou seja, a modificar, no meio do caminho, um roteiro inicial, maior é a sua liberdade (MORIN, 2012).

Quando tratamos da noção de liberdade lidamos com valores que não se vinculam, inicialmente, à supressão desta liberdade por cumprimento de pena. O valor liberdade é composto de pressupostos que atendem ao direito de escolha.

Quanto mais elevado o nível de escolha, mais elevado é o nível de liberdade; quanto mais a diversidade de escolhas possíveis é grande, maior é a possibilidade da liberdade; quanto mais há possibilidades de decisão e de ação, mais há possibilidades de liberdade. A liberdade só pode ser exercida numa situação que comporte, ao mesmo tempo, ordem e desordem; é preciso, de fato, um mínimo de estabilidade e de regularidade, ou seja, de certezas a priori para escolher e decidir; e um mínimo de desordem e de risco, ou seja, de incertezas a priori para elaborar uma estratégia. Excesso de ordem impede a liberdade; excesso de desordem a aniquila. De fato, é esse coquetel natural de ordem-desordem-organização que torna materialmente possível a liberdade. A possibilidade da liberdade nos é subjetivamente evidente. Experimentamos a nossa liberdade cada vez que temos a ocasião de escolher e de tomar uma decisão. [...] nos outros seres responsáveis por seus atos, ou seja, realizando-os livremente (MORIN, 2012).

Além da supressão da liberdade de fato a partir do cumprimento da pena, a pessoa privada de liberdade tem garantida a liberdade como definida por Edgar Morin? Tratando-se de determinantes sociais não podemos desconhecer o império do meio que constitui para o ser vivo não apenas as limitações, obstáculos e ameaças, mas igualmente as condições de sua autonomia (MORIN, 2012). O privado de liberdade não dispõe de autonomia para controle da sua individualidade, da sua família, da sua comunidade de origem. O privado de liberdade tem extraído a sua autonomia por força e decorrência de lei, mas igualmente pelas condições que lhe são alcançadas para cumprimento do dever legal em uma sociedade complexa que causa subjugação.

Segundo o Ministério da Justiça, nos países latino-americanos com sérios problemas econômicos e sociopolíticos, a prisão torna-se objeto de urgente e indispensável intervenção. Isto porque a seletividade do sistema penal se exerce, majoritariamente, sobre as populações menos favorecidas econômica e socialmente, bastando conferir com os dados do Censo Penitenciário Nacional: 95% da clientela do sistema são de presos pobres. Somam-se os problemas decorrentes da superpopulação carcerária (causada principalmente pela inoperância tolerada do Estado) com os fenômenos da institucionalização e estigmatização da pessoa privada de liberdade e do ex-presos (quando de seu retorno à comunidade livre), em que temos em nosso atual sistema penitenciário, centrado na pena de prisão em regime fechado (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

Não é possível entender determinantes sociais sem discorrer sobre pobreza. Pobreza na condição material associada à miséria. Pobreza que impõe ao sujeito de direitos a caridade alheia. Pobreza associada à dignidade humana porque esta exige que sejam ultrapassados os limites da relação material. Precisamos ponderar sobre a pobreza política.

A face política da pobreza aparece em seu caráter politicamente marginalizante. No fenômeno da marginalização social a substância mais característica é política, não propriamente ou apenas econômica, já que, mais do que não ter, está em jogo não ser. A marginalização mais comprometidora não é aquela ligada ao acesso precário a bens materiais, mas aquela incrustada na repressão do sujeito, tendo como resultado mais deletério a subalternidade, sobretudo inconsciente (DEMO, 2004).

O nível mais profundo de pobreza política é, assim, a condição de *ignorância*: o pobre sequer consegue saber e é coibido de saber que é pobre. Por conta disso, atribui sua pobreza a fatores externos, eventuais ou fortuitos, sem perceber que pobreza é processo histórico produzido, mantido e cultivado. Não chega à ideia crucial de que, sair da pobreza, é importante primeiro, compreender que se trata de injustiça e de imposição social, e, segundo, de desenhar projeto próprio de solução, no qual a peça fundamental seja o próprio pobre (DEMO, 2004).

Confinar pessoas privadas de liberdade (PPL) de um país de alta ou média endemicidade de tuberculose (TB) como o Brasil, em ambientes superlotados

e mal ventilados, tem como consequência imediata a amplificação da transmissão e uma hiperendemicidade neste contexto, com risco não só para elas, como para suas famílias, para os profissionais que exercem suas atividades nas prisões e para as comunidades nas quais as pessoas privadas de liberdade irão se inserir após o livramento (SÁNCHEZ e LAZOURÉ, 2016).

O tempo de uma vida humana pode ser totalmente submetido à necessidade de sobreviver para viver, ou seja, sofrer com o trabalho sem ter a garantia de gozar a vida, a não ser por flashes [...] Assim, em lugar de sobreviver para viver, vive-se para sobreviver. Viver para sobreviver mata na casca as mais importantes possibilidades de liberdade: uma esmagadora maioria dos seres humanos, tanto no passado quanto hoje, por toda a parte, só viveu para sobreviver, nas sociedades de baixa complexidade, nas piores condições (MORIN, 2012). O ser humano privado de liberdade vive para sobreviver, sendo dadas a ele as piores condições intra e extramuros.

A fim de tratarmos a tuberculose no âmbito do sistema prisional brasileiro, importante efetuar a contextualização não apenas no âmbito local (município de Porto Alegre), mas trazer a lume o contexto mundial e nacional. Os determinantes sociais são fatores essenciais para o panorama da tuberculose no mundo, no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e por fim de Porto Alegre.¹⁸

A tuberculose, em 1993, passou a ser reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como emergência global. A seguir, o combate à tuberculose foi inserido nas políticas de saúde internacionais, como as do ano 2000, quando foi definida a meta de reduzir e para o coeficiente de incidência da doença a partir de 1990 até 2015. Essa meta foi contemplada nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e da Organização das Nações Unidas (ONU). Adicionalmente, a OMS divulgou, em 2006, a Estratégia “Stop TB”, que visava fortalecer a Estratégia “Directly Observed Treatment Short-Course” (DOTS) e reduzir em 50%, até 2015, os coeficientes de prevalência e de mortalidade em relação a 1990.¹⁹

Com todos estes esforços é possível dizer que o panorama mundial da

¹⁸ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 47, n. 13, 2016. Disponível em <http://portals.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 21/01/2019.

¹⁹ Dados obtidos na página da Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://www.paho.org/bra/>. Acesso em 21/01/2019.

tuberculose melhorou. O diagnóstico eficaz e o tratamento da doença salvaram, no mundo, 43 milhões de vidas no período de 2000 a 2014. Noventa e seis milhões de pessoas adoeceram no mundo com tuberculose, das quais 12% eram HIV-positivo. Houve ainda a morte de 1,5 milhão de pessoas sendo que 1,1 milhão HIV-negativo. Nesse passo, a tuberculose continua sendo um problema mundial de saúde pública.²⁰

Em 2014, foi aprovada na Assembleia Mundial de Saúde a “Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose pós-2015 – Estratégia pelo Fim da Tuberculose”, que tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose”, e como objetivo o “fim da epidemia global da doença”. As metas, para cumprimento até o ano de 2035, partindo do ano de 2015, são: (i) reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes; e (ii) reduzir o número de casos de óbito por tuberculose em 95%. A OMS definiu que o alcance da meta de redução do coeficiente de incidência de tuberculose como problema de saúde pública. Para isso, a estratégia prevê o estabelecimento de três pilares: (i) prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente; (ii) políticas arrojadas e sistemas de apoio; e (iii) intensificação da pesquisa e inovação.²¹

O ano de 2015 foi marcado pelo fim dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e sua substituição pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), além de ser o último ano da Estratégia “Stop TB” e sua substituição pela “Estratégia pelo Fim da Tuberculose”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou esse momento como ideal para reavaliar a sua lista de países prioritários no enfrentamento da tuberculose (TB).²²

Para o período de 2016 a 2020, adotaram-se três listas de países de alta

²⁰ Dados obtidos na página da Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://www.paho.org/bra/>. Acesso em 21/01/2019.

²¹ Dados obtidos na página da Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://www.paho.org/bra/>. Acesso em 21/01/2019.

²² Dados obtidos na página da Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://www.paho.org/bra/>. Acesso em 21/01/2019.

carga de TB, sendo elas referentes à: (i) tuberculose; (ii) tuberculose multidro-garresistente; e (iii) coinfeção tuberculose-HIV. Cada lista é composta de 30 países, sendo vinte com o maior número absoluto de casos e dez com maior com o maior coeficiente de incidência. O Brasil figura em duas delas, a de alta carga de tuberculose e a de coinfeção tuberculose-HIV.²³

No mundo, quando comparadas à população geral, as pessoas vivendo com HIV/Aids apresentam risco 26 vezes maior de desenvolver tuberculose ativa, e no Brasil, esse risco é 28 vezes maior.²⁴ O risco aumentado impacta consideravelmente a mortalidade por AIDS dentre as doenças infecciosas de agente definido no Brasil. É possível afirmar que esta realidade se reproduz na totalidade no microcosmo de cada unidade do sistema prisional no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul. O coeficiente de mortalidade entre os pacientes com coinfeção tuberculose-HIV agrava-se principalmente pelo diagnóstico tar-dio da tuberculose.

O controle do HIV/Aids e da tuberculose ainda é um grande desafio para a saúde pública. Além disso, foi lançado pelo “Stop TB Partnership” o Plano Glo-bal 2016-2020, o qual propõe uma mudança de paradigma, especialmente no que diz respeito às populações mais vulneráveis. O Plano Regional de Tubercu-lose da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)²⁵ ressalta esses compo-nentes, indicando linhas estratégicas de ação que enfatizam as populações mais vulneráveis, contemplando os determinantes sociais da tuberculose, redução do percentual de cura e os desafios relacionados ao baixo percentual de testagem para o HIV. No Brasil, o Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis e o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexual-mente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais tem elaborado conjun-tamente, atividades para o enfrentamento da coinfeção tuberculose-HIV, além de monitorar seus indicadores chave.

²³ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 48, n. 40, 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

²⁴ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 48, n. 40, 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

²⁵ Dados obtidos na página da Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://www.paho.org/bra/>. Acesso em 21/01/2019.

A tuberculose é um agravo de notificação compulsória no Brasil. Os casos de tuberculose são registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). As principais medidas para o controle da doença e interrupção de sua cadeia de transmissão são o diagnóstico e o tratamento correto e oportuno dos casos de tuberculose pulmonar (ABREU *et al.*, 2017).

A testagem para HIV, a coinfeção e o uso de terapia antirretroviral (TARV) no Brasil demonstraram que, dentre os casos novos de tuberculose, 6.501 apresentaram resultado positivo para HIV, o que representa uma proporção de coinfeção tuberculose/HIV de 9,4%. As unidades federativas com maior proporção de coinfeção tuberculose/HIV, conforme vem sendo detalhado no decorrer deste trabalho foram Rio Grande do Sul (18,3 %) e Santa Catarina (16,2%). Corroborando o quadro de coinfeção das unidades federativas, entre as capitais, Porto Alegre - RS e Florianópolis - SC apresentam os maiores percentuais, com 24,1% e 22,6%, respectivamente. ²⁶

De acordo com a Tabela 7, do total de 69.509 casos novos de TB notificados em 2016, 53.054 (76,3%) realizaram testagem para HIV. A proporção de testagem não é homogênea entre as Unidades Federativas do Brasil, variando de 62,4% na Bahia a 94,4% no Acre. O percentual de realização do teste ficou abaixo do observado para o total do país em 17 estados, com destaque para as regiões Nordeste e Centro- Oeste, nas quais exceto pelo Distrito Federal todos os estados apresentaram percentual de testagem menor que o nacional. Quanto às capitais, o percentual de testagem para o HIV foi de 77,3%, sendo que apenas quatro delas apresentaram valores acima de 90%. Ainda entre as capitais, Cuiabá-MT, Campo Grande- MS e Aracaju-SE apresentaram percentuais de testagem inferiores a 60%, verificando-se a menor proporção em Cuiabá – apenas 34,8%. Destaca-se que desde 1998 é recomendada a oferta de teste de HIV a todos os casos de TB, e ainda assim, no país, o teste foi realizado em menos 80% dos pacientes. Dentre esses casos novos de TB, 6.501 apresentaram resultado positivo para HIV, o que representa uma proporção de coinfeção TB-HIV de 9,4%. As UF com maior proporção de coinfeção TB- HIV foram Rio

²⁶ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 48, n. 40, 2017. Disponível em <http://portalm.s.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

Grande do Sul (18,3%) e Santa Catarina (16,2%). Outras oito UF apresentaram percentuais de coinfeção acima do nacional. Corroborando o quadro de coinfeção das UF, entre as capitais, Porto Alegre-RS e Florianópolis-SC apresentam os maiores percentuais, com 24,1% e 22,6%, respectivamente. Os baixos percentuais de testagem nas regiões Nordeste e Centro-Oeste podem estar contribuindo para subestimar a coinfeção nesses locais (Tabela 7).²⁷

Tabela 7 – Números de Casos Novos, proporção de solicitação, testagem, coinfeção por HIV, e uso de Terapia Antirretroviral entre os casos novos de tuberculose, por regiões, Unidade da Federação, capitais, e Brasil, referente ao ano de 2016.

²⁷ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 48, n. 40, 2017. Disponível em <http://portals.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

Tabela 1 – Número de casos novos, proporção de solicitação, testagem, coinfeção por HIV, e uso de Terapia Antirretroviral (TARV) entre os casos novos de tuberculose, por regiões, Unidade da Federação, capitais e Brasil, 2016^a

UF/Região	Casos novos de TB n	HIV solicitado n (%)	HIV realizado n (%)	Coinfeção n (%)	TARV Coinfeção (%) ^b	TARV Ig/branco (%) ^c
Brasil	69.509	56.890 (81,8)	53.054 (76,3)	6.501 (9,4)	41,8	39,1
Capitais	25.875	21.122 (81,6)	19.992 (77,3)	2.879 (11,1)	43,9	36,2
Região Norte	7.809	6.073 (77,8)	5.533 (70,9)	789 (10,1)	39,3	44,4
Rondônia	596	531 (89,1)	518 (86,9)	58 (9,7)	44,8	43,1
Porto Velho	362	320 (88,4)	313 (86,5)	36 (9,9)	36,1	61,1
Acre	377	358 (95,0)	356 (94,4)	7 (1,9)	57,1	28,6
Rio Branco	248	235 (94,8)	234 (94,4)	5 (2,0)	80,0	20,0
Amazonas	2.729	2.015 (73,8)	1.943 (71,2)	387 (14,2)	31,0	49,9
Manaus	1.959	1.517 (77,4)	1.474 (75,2)	339 (17,3)	30,4	50,4
Roraima	142	132 (93,0)	128 (90,1)	14 (9,9)	64,3	35,7
Boa Vista	101	99 (98,0)	96 (95,0)	12 (11,9)	75,0	25,0
Pará	3.567	2.702 (75,7)	2.269 (63,6)	294 (8,2)	45,6	40,5
Belém	1.282	934 (72,9)	805 (62,8)	131 (10,2)	48,1	45,8
Amapá	230	202 (87,8)	198 (86,1)	16 (7,0)	62,5	18,8
Macapá	151	135 (89,4)	135 (89,4)	13 (8,6)	53,8	23,1
Tocantins	168	133 (79,2)	121 (72,0)	13 (7,7)	53,8	23,1
Palmas	33	31 (93,9)	29 (87,9)	5 (15,2)	80,0	20,0
Região Nordeste	18.225	13.383 (73,4)	12.009 (65,9)	1.491 (8,2)	40,3	41,0
Maranhão	2.077	1.543 (74,3)	1.450 (69,8)	144 (6,9)	52,8	18,1
São Luís	694	531 (76,5)	518 (74,6)	51 (7,3)	60,8	7,8
Piauí	644	494 (76,7)	430 (66,8)	52 (8,1)	51,9	25,0
Teresina	270	226 (83,7)	208 (77,0)	25 (9,3)	56,0	28,0
Ceará	3.264	2.436 (74,6)	2.109 (64,6)	249 (7,6)	59,0	31,3
Fortaleza	1.542	1.128 (73,2)	969 (62,8)	156 (10,1)	58,3	33,3
Rio Grande Norte	950	698 (73,5)	637 (67,1)	62 (6,5)	38,7	43,5
Natal	343	233 (67,9)	207 (60,3)	28 (8,2)	42,9	39,3
Paraíba	1.103	787 (71,4)	696 (63,1)	80 (7,3)	43,8	47,5
João Pessoa	372	280 (75,3)	246 (66,1)	31 (8,3)	61,3	35,5
Pernambuco	4.328	3.206 (74,1)	2.873 (66,4)	475 (11,0)	29,1	49,3
Recife	1.512	1.100 (72,8)	986 (65,2)	182 (12,0)	26,4	53,3
Alagoas	998	795 (79,7)	746 (74,7)	126 (12,6)	19,8	65,1
Maceió	460	354 (77,0)	330 (71,7)	71 (15,4)	21,1	64,8
Sergipe	659	460 (69,8)	445 (67,5)	32 (4,9)	28,1	28,1
Aracaju	213	129 (60,6)	124 (58,2)	10 (4,7)	40,0	40,0
Bahia	4.202	2.964 (70,5)	2.623 (62,4)	271 (6,4)	44,3	38,7
Salvador	1.525	1.062 (69,6)	981 (64,3)	144 (9,4)	47,2	36,8
Região Sudeste	32.006	27.495 (85,9)	26.030 (81,3)	2.580 (8,1)	35,9	47,3
Minas Gerais	3.395	2.680 (78,9)	2.459 (72,4)	288 (8,5)	41,0	36,8
Belo Horizonte	549	459 (83,6)	448 (81,6)	69 (12,6)	33,3	36,2
Espírito Santo	1.067	961 (90,1)	927 (86,9)	70 (6,6)	47,1	14,3
Vitória	123	117 (95,1)	114 (92,7)	8 (6,5)	62,5	12,5
Rio de Janeiro	10.618	8.672 (81,7)	7.988 (75,2)	920 (8,7)	46,0	30,1
Rio de Janeiro	5.637	4.886 (86,7)	4.636 (82,2)	505 (9,0)	58,2	11,9
São Paulo	16.926	15.182 (89,7)	14.656 (86,6)	1.302 (7,7)	27,0	63,6
São Paulo	5.664	4.952 (87,4)	4.891 (86,4)	536 (9,5)	31,2	58,4
Região Sul	8.200	7.413 (90,4)	7.174 (87,5)	1.322 (16,1)	54,8	18,8
Paraná	2.126	1.974 (92,9)	1.916 (90,1)	248 (11,7)	71,8	8,9
Curitiba	334	304 (91,0)	288 (86,2)	57 (17,1)	77,2	8,8
Santa Catarina	1.734	1.555 (89,7)	1.497 (86,3)	281 (16,2)	58,7	18,5
Florianópolis	208	174 (83,7)	156 (75,0)	47 (22,6)	51,1	27,7
Rio Grande Sul	4.340	3.884 (89,5)	3.761 (86,7)	793 (18,3)	48,2	21,9
Porto Alegre	1.201	1.095 (91,2)	1.092 (90,9)	289 (24,1)	45,3	12,5
Região Centro-Oeste	3.224	2.490 (77,2)	2.273 (70,5)	316 (9,8)	49,7	34,2
Mato Grosso do Sul	930	716 (77,0)	629 (67,6)	80 (8,6)	33,8	52,5
Campo Grande	296	212 (71,6)	174 (58,8)	27 (9,1)	22,2	66,7
Mato Grosso	1.070	778 (72,7)	712 (66,5)	105 (9,8)	36,2	45,7
Cuiabá	224	121 (54,0)	78 (34,8)	28 (12,5)	21,4	57,1
Goiás	891	698 (78,3)	639 (71,7)	86 (9,7)	68,6	12,8
Goiânia	240	190 (79,2)	167 (69,6)	29 (12,1)	89,7	3,4
Distrito Federal	333	298 (89,5)	293 (88,0)	45 (13,5)	73,3	15,6
Brasília	332	298 (89,8)	293 (88,3)	45 (13,6)	73,3	15,6

Fonte: Sinan. Base de dados de maio de 2017.

^aDados preliminares, sujeitos a alteração.

^bTerapia Antirretroviral apenas entre os casos de coinfeção.

^cPercentual de Ignorado/Em branco para a variável Terapia Antirretroviral.

Porto Alegre apresenta índices relevantes tanto de tuberculose quanto de HIV/AIDS como coinfeção da tuberculose, ou como sorologia positiva não associada. Índices relacionados à sífilis também têm sido observados. A tuberculose em Porto Alegre, ainda que inserida em todos os acontecimentos históricos da doença no Brasil, demonstra um modelo social que deve ser analisada, e um ponto de partida pode ser o reconhecimento da ineficiência do estado.

Estudo realizado na cidade, capital e município brasileiro (Porto Alegre) com a maior incidência de coinfeção tuberculose-HIV, revelou que em 21,1% dos casos novos e em 20% dos casos prevalentes de tuberculose registrados entre 2007 e 2011 não se havia realizado o exame para detecção do HIV. O tratamento e gestão passam, atualmente, por programas propostos pela esfera federal, encarregados ao Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais e ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose, ambos do Ministério da Saúde (CECCON *et al.*, 2017).

A instalação prisional Presídio Central em Porto Alegre situa-se no bairro Partenon. Nesse bairro, configuram-se altos índices de infecção de tuberculose no ambiente carcerário e na circunvizinhança. O fato decorre da proximidade territorial com a casa prisional, e por decorrência de vários familiares dos indivíduos em cumprimento de pena residir na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro.

A incidência de tuberculose é maior entre sujeitos que não dispõem de moradia ou que vivem em locais impróprios para preservação de sua integridade como pessoa e família, regiões conflagradas pela violência urbana; locais sem condições sanitárias por ausência de água e esgoto tratados; situação de vulnerabilidade por ocupação em áreas de risco ambiental, sem mobilidade urbana, coleta de lixo, iluminação pública e outros serviços essenciais à preservação da saúde física e mental; pessoas em situação de desemprego ou de baixa renda; e que apresentam baixo nível de escolaridade e/ou estão coinfectados pelo HIV.

Neste sentido, fica evidente que a tuberculose é apenas mais um elemento de um contexto de vulnerabilidades prévias e/ou adjacentes à própria doença. Tal análise remete ao questionamento sobre a viabilidade da aposta de que o diagnóstico e o tratamento da tuberculose vão tornar o indivíduo saudável.

O que parece estar implícita nesta aposta é a simplificação da noção de saúde, apresentada como ausência de uma doença, nesse caso, a tuberculose (ROS-SETO *et al.*, 2017).

Novamente, surgem números específicos ao estado e à capital rio-grandense. Em 2017, foram registrados 13.347 casos de retratamento no país, equivalentes a 16,1% do total de casos notificados no período. Dentre os estados com maior proporção de retratamentos está o Rio Grande do Sul com 23,3%. O resultado se assemelha ao observado em Porto Alegre. Porto Alegre está dentre as capitais com mais altas proporções de retratamento. Em Porto Alegre, foram registrados 31,2%.²⁹

Relevante sinalar que o diagnóstico precoce da coinfeção tuberculose-HIV permite o início oportuno do tratamento antirretroviral, o qual possui impacto significativo na sobrevida dos pacientes.³⁰

Em relação ao abandono, em 2016, no país, o percentual foi 10,3%, duas vezes acima da meta preconizada pela OMS (<5,0%). Porém, Porto Alegre, Porto Alegre e Florianópolis figuram novamente dentre as capitais com índices preocupantes, pois obtiveram percentuais de abandono de tratamento superiores a 20%.³¹

O estado tem dificuldades em reverter um quadro do setor saúde subfinanciado, com programas fragmentados, profissionais da saúde sem interlocução, e órgãos responsáveis pelo enfrentamento da doença sem ações intersetoriais. Não há outro caminho, portanto, que não seja o aprimoramento das comunicações entre os profissionais responsáveis pelo manejo dos programas estaduais e ações intersetoriais entre todos os órgãos envolvidos pela defesa da saúde do cidadão.

²⁹ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 49, n. 11, 2018. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

³⁰ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 48, n. 40, 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

³¹ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 49, n. 11, 2018. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

5.4 A necessidade da atuação intersetorial entre as áreas da Saúde e do Direito

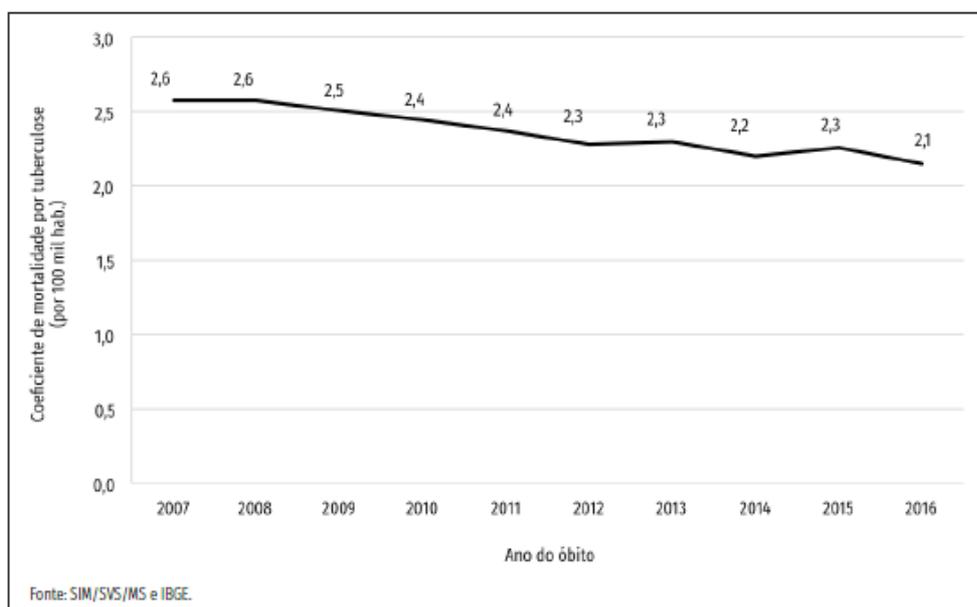
É importante que os operadores do direito se apropriem dos números relacionados à doença no sistema prisional. No Brasil, 7.317 casos novos de tuberculose (10,5% do total) foram registrados em pessoas privadas de liberdade, em 2017. O risco de adoecimento nesta população foi 28 vezes maior que o da população em geral. A tuberculose segue como um grave problema de saúde pública no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a doença infecciosa de agente único que mais mata, superando o HIV. Em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram de tuberculose no mundo, e cerca de 1,3 milhão de pessoas morreram em decorrência da doença.³²

Em 2016, no Brasil, foram registrados 4,426 óbitos por tuberculose, resultando em um coeficiente de incidência igual a 33,5 casos/100 mil habitantes, que apresentou queda média anual de 2,0% de 2007 a 2016.³³

Figura 5 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose (por 100 mil habitantes) no Brasil, referente ao ano de 2007 a 2016.

³² Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 49, n. 11, 2018. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

³³ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 49, n. 11, 2018. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.



*Dados sujeitos a alteração.

FIGURA 4 Coeficiente de mortalidade por tuberculose (por 100 mil habitantes), Brasil, 2007 a 2016*

Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 49, n. 11, 2018. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

É igualmente importante que os operadores do direito conheçam as ações adotadas especificamente para a população privada de liberdade. O Ministério da Justiça, considerando a importância do controle da tuberculose no sistema prisional, repassou R\$ 27,5 milhões à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2017. Este recurso foi destinado à execução de ações de educação em saúde e campanha de comunicação para a comunidade prisional (profissionais da saúde e da área de segurança, pessoas privadas de liberdade e seus familiares) sobre os temas tuberculose e coinfeção tuberculose-HIV, bem como para a detecção da doença e de tratamento oportuno. O projeto tem a cooperação técnica da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde e utiliza materiais educativos desenvolvidos no projeto “TB Reach: Detecção de Pessoas com tuberculose na população privada de liberdade no Brasil”, realizado em 2015 e 2016.³⁴

³⁴ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 49, n. 11, 2018. <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

A distribuição dos os indicadores foi heterogênea, por regiões, Unidades Federativas e capitais do Brasil. Entre as regiões, em 2017, o coeficiente de incidência variou de 20,0 casos/100 mil hab. (Centro-Oeste) a 42,7 casos/100 mil hab. (Norte). Quanto aos estados, nesse mesmo ano, os maiores coeficientes de incidência foram registrados no Amazonas (74,1/100 mil hab.), no Rio de Janeiro (63,5/100 mil hab.) e em Pernambuco (46,0/100 mil hab). Também os maiores coeficientes de mortalidade, no ano de 2016, foram observados no Rio de Janeiro (4,4/100 mil hab.), Pernambuco (4,2 /100 mil hab.) e Amazonas (3,8/100 mil hab.) (Tabela 8).³⁵

Tabela 8 – Índices operacionais da tuberculose, atualizados até fevereiro de 2018.

³⁵ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 49, n. 11, 2018. <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

TABELA 1 Continuação

Unidade da Federação/região de residência	Indicadores operacionais				
	Casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial (%)	Cultura de escarro entre os casos pulmonares de tratamento de TB (%)	TS entre os casos de retratamento de TB pulmonar com cultura positiva (%)	Testagem para HIV entre os casos novos de TB (%)	TARV no total de casos novos com coinfeção TB-HIV (%)
Acre	88,7	26,3	62,5	91,5	23,1
Amapá	85,8	37,5	28,6	91,1	66,7
Amazonas	68,3	38,5	28,3	73,3	48,3
Pará	71,5	13,3	20,5	54,7	40,9
Rondônia	78,9	21,0	50,0	82,8	21,4
Roraima	91,5	66,7	0,0	92,0	57,9
Tocantins	83,1	25,0	50,0	60,8	54,5
Região Norte	72,6	27,6	30,1	67,6	44,4
Alagoas	65,7	19,6	34,6	69,2	22,4
Bahia	71,6	18,6	45,2	56,5	47,2
Ceará	70,7	23,6	34,2	66,6	63,2
Maranhão	67,6	26,1	53,4	78,2	49,7
Paraíba	73,1	10,9	20,0	69,1	34,6
Pernambuco	56,6	16,5	15,3	60,1	31,3
Piauí	71,7	24,1	25,0	55,0	46,8
Rio Grande do Norte	69,7	16,8	36,0	70,5	46,3
Sergipe	78,0	14,7	28,6	64,0	65,5
Região Nordeste	67,2	19,0	33,9	64,0	42,8
Espírito Santo	87,5	42,9	34,1	92,1	63,4
Minas Gerais	74,0	33,3	47,6	68,3	42,8
Rio de Janeiro	61,7	20,7	52,7	71,8	44,0
São Paulo	80,2	57,8	58,2	82,0	38,5
Região Sudeste	73,7	42,1	56,0	77,6	41,7
Paraná	76,9	59,1	48,9	85,4	61,7
Rio Grande do Sul	72,5	28,4	59,1	83,9	38,9
Santa Catarina	72,8	45,7	21,8	85,8	57,4
Região Sul	73,6	35,3	51,0	84,7	46,6
Distrito Federal	66,5	33,3	22,2	73,6	62,8
Goiás	74,4	47,5	69,6	73,9	67,7
Mato Grosso	51,9	9,2	25,0	58,9	45,5
Mato Grosso do Sul	66,6	42,2	39,3	74,7	32,1
Região Centro-Oeste	63,6	32,5	50,4	68,8	51,0
Brasil	71,4	33,4	50,4	73,4	43,7

Siglas: multidrogarresistente (MDR); resistência à rifampicina (RR); teste de sensibilidade (TS); terapia antirretroviral (TARV); tratamento diretamente observado (TDO); tuberculose (TB).
Fonte: SES/MS/Sinan; SIM/SVS/MS; IBGE; SITE-TB.

Atualização das bases de dados: Sinan e SIM, janeiro de 2018; SITE-TB, fevereiro de 2018. No cálculo do coeficiente de incidência, foram incluídos os registros com UF de residência ignorada (n=57).

*Sem casos.

†Dados sujeitos a alteração.

‡No cálculo do coeficiente de incidência foram incluídos os casos com UF ignorada na base de dados.

§Dados referentes ao ano de 2016.

¶Dados referentes ao ano de 2015.

Tabela 9 – Índices Operacionais da tuberculose, atualizados até fevereiro de 2018.

TABELA 1 Conclusão

Unidade da Federação/região de residência	Indicadores operacionais			
	Casos novos de TB pulmonar que realizaram TDO (%) ^a	Cura entre os casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial (%) ^b	Abandono de tratamento entre os casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial (%) ^c	Cura entre os casos novos de TB MDR/RR (%) ^d
Acre	70,0	84,2	4,1	50,0
Amapá	43,5	81,7	11,0	-
Amazonas	19,0	79,3	11,4	44,2
Pará	27,9	62,8	10,8	73,2
Rondônia	16,6	73,6	18,0	100,0
Roraima	61,7	73,5	6,1	75,0
Tocantins	49,4	73,3	4,3	-
Região Norte	27,6	71,2	10,9	59,3
Alagoas	25,3	66,8	10,8	83,3
Bahia	18,6	67,0	9,3	59,6
Ceará	38,6	70,3	10,9	76,3
Maranhão	19,8	76,0	11,6	53,3
Paraíba	20,8	65,2	9,1	64,3
Pernambuco	37,2	72,6	7,3	51,1
Piauí	42,6	73,8	4,6	71,4
Rio Grande do Norte	23,8	66,4	10,5	20,0
Sergipe	34,5	72,4	11,3	100,0
Região Nordeste	28,9	70,1	9,4	62,0
Espirito Santo	34,2	77,6	9,7	75,0
Minas Gerais	44,4	71,3	8,8	66,7
Rio de Janeiro	36,9	67,8	12,1	61,6
São Paulo	43,0	81,6	10,2	74,4
Região Sudeste	40,8	76,2	10,6	65,0
Paraná	75,8	75,8	5,7	68,4
Rio Grande do Sul	17,5	67,4	13,5	51,5
Santa Catarina	60,1	71,2	10,2	44,8
Região Sul	41,5	70,4	10,8	52,6
Distrito Federal	58,6	70,8	11,8	-
Goiás	36,9	71,6	11,8	57,1
Mato Grosso	44,6	71,8	8,4	40,0
Mato Grosso do Sul	38,2	54,8	7,1	0,0
Região Centro-Oeste	42,0	66,2	9,5	42,9
Brasil	36,2	73,0	10,3	61,4

Siglas: multidrogarresistente (MDR); resistência à rifampicina (RR); teste de sensibilidade (TS); terapia antirretroviral (TARV); tratamento diretamente observado (TDO); tuberculose (TB).
Fonte: SES/MS/Sinan; SIM/SVS/MS; IBGE; SITE-TB.

Atualização das bases de dados: Sinan e SIM, janeiro de 2018; SITE-TB, fevereiro de 2018. No cálculo do coeficiente de incidência, foram incluídos os registros com UF de residência ignorada (n=57).

^aSem casos.

^bDados sujeitos a alteração.

^cNo cálculo do coeficiente de incidência foram incluídos os casos com UF ignorada na base de dados.

^dDados referentes ao ano de 2016.

^eDados referentes ao ano de 2015.

Ações intersetoriais são relevantes na medida em que o conceito ampliado de saúde passa a ser entendido (ROSSETO *et al.*, 2017), transcendendo a ausência de doença e buscando entender o contexto de inserção dos sujeitos. Abordada a interface entre educação, saúde e comunicação, enfatiza-se que a interação entre pessoas de uma mesma comunidade é determinante para o processo comunicacional. O argumento é de que os sentidos atribuídos à doença, ao tratamento e à prevenção seriam valorizados no processo comunicativo, o que é indispensável para o sucesso de qualquer campanha de saúde. As afinidades culturais e a reciprocidade de ideias entre os que emitem e os que recebem as mensagens impulsionariam, de maneira mais eficiente, adesão às mudanças de comportamento necessárias à preservação da saúde (ROSSETO *et al.*, 2017).

Enfim, persiste a indagação, qual a ou as medidas mais adequadas para o combate à tuberculose prisional?

Frente à persistência da tuberculose, a dificuldade de manutenção da adesão ao tratamento e os riscos que essa ruptura acarreta, torna-se imprescindível a análise da conformidade espacial e do perfil desse universo à luz da análise territorial. Sobretudo, para o alinhamento e implementação de políticas públicas estratégicas e medidas de controle condizentes com a realidade situacional (SOARES *et al.*, 2017).

Inexiste legislação que determine o limite de atuação das autoridades que tratam da situação jurídica da pessoa privada de liberdade com tuberculose. E, diga-se de passagem, sequer do indivíduo em pleno gozo de seu direito de ir e vir, frente ao diagnóstico confirmando a tuberculose. Em relação ao abandono idem, de tal modo que determine a autoridade possa determinar o caráter cogente do tratamento contra a tuberculose, ainda que não em âmbito prisional, ratifica-se.

Não há entendimento jurisprudencial firmado acerca do tratamento jurídico a ser dispensado ao indivíduo doente com tuberculose que causa, em tese, risco a toda coletividade, especialmente se tratando de população carcerária (pela quantidade de indivíduos vivendo em um mesmo ambiente insalubre). Nesse caso, poderíamos adentrar na questão que abarca direito individual com efeitos coletivos, que servem à tutela dos interesses difusos ou

coletivos. A dimensão subjetiva dos direitos fundamentais é decisiva uma vez que autoriza que estes direitos possam ser exigidos tanto em face dos indivíduos, quanto do estado.

Em agosto de 2017 foi criado o Comitê Comunitário de Acompanhamento de Pesquisa em Tuberculose (CCAPT-Brasil). Este órgão é responsável por promover o acompanhamento comunitário em pesquisa e participação de ativistas no processo de tomadas de decisões de políticas públicas em tuberculose no Brasil. Tem como missão ampliar o envolvimento da sociedade civil nas pesquisas em tuberculose, mobilizando o poder público e as lideranças comunitárias no que se refere ao desenvolvimento de políticas e incorporação de tecnologias relevantes no cuidado a pessoas acometidas pela tuberculose e contribuindo para a efetivação das políticas públicas em saúde no SUS. O CCAPT-Brasil é uma iniciativa da área de Mobilização Social da REDE-TB.³⁶

Destaca-se, por conseguinte, a articulação intersetorial entre saúde e justiça, que culminou com a união de esforços para enfrentar os desafios do controle da doença.³⁷

Fato é que o Poder Judiciário e o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul podem intervir nas políticas públicas, para implementar ou corrigir. Ademais, cumpre ao Ministério Público, em especial na esfera extrajudicial, o papel de instituição que promove a indução das políticas públicas. Em razão deste pressuposto, o Ministério Público é autorizado, mesmo na ausência de lei específica que trate da questão, a deduzir a pretensão individual e social face ao Poder Judiciário e ao Poder Executivo (secretarias estaduais e municipais de saúde). Assim como podem Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) interferir por meio das decisões no processo de execução criminal (decidem

³⁶ Dados obtidos na página Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB). Organização Não Governamental (ONG) de direito privado sem fins lucrativos, auxilia no desenvolvimento não só de novos medicamentos, novas vacinas, novos testes diagnósticos e novas estratégias de controle de TB, mas também na validação dessas inovações tecnológicas, antes de sua comercialização no país e/ou de sua implementação nos Programas de Controle de TB no País
www.redetb.org/index.php/institucional/areas-de-pesquisa/mobilizacao-social. Acesso em 21/01/2019.

³⁷ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. Volume 49, n. 11, 2018. .
<http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 23/01/2019.

acerca do cumprimento da pena), nas condições de saúde individual e coletiva da população privada de liberdade.

Essas reflexões se fazem úteis para avaliar o potencial educativo e a intencionalidade de materiais desenvolvidos para fins de comunicação, educação e promoção na área da saúde. Reflexões como estas contribuem com a crítica aos atos assistenciais de caráter comunicacional e educativo na área, de modo a ampliar consciência ética e produzir ações comprometidas com a redução de vulnerabilidades e com a proteção da vida (ROSSETO *et al.*, 2017).

5.5 O Agir Comunicativo de Habermas

O homem crítico insere-se em um contexto social, nele participa, nele aprende e nele se liberta (FREIRE, 1985). Os sujeitos que produzem e recebem a comunicação ora desempenham o papel de ator, ora o de agente da linguagem. A comunicação insere-se no sujeito ator ou agente, consolidando-se tanto no indivíduo como na coletividade. Os níveis de comunicação são representados a partir do modo como o sujeito (ator ou agente) racional observa a realidade e constrói a solução à realidade usando sua estrutura teórica, de valores, e experiência (HABERMAS, 2012).

O diálogo entre atores e agentes da comunicação é permeado pela autonomia da vontade. Na forma de aprendizado, os sujeitos devem indagar: O que posso saber? Para o que serve meu conhecimento? O que devo fazer? Qual meu papel na sociedade (agente ou ator)? Na condição de indivíduo, o que me é permitido esperar?

Todo o poder político pode ser deduzido do *poder comunicativo* dos cidadãos. O exercício do poder político orienta-se pelas leis que os cidadãos criam para si mesmos em uma formação da opinião e da vontade estruturada discursivamente. Quando se considera essa prática como um processo destinado a resolver problemas, descobre-se que ela deve a sua força legitimadora a um processo democrático destinado a garantir tratamento racional de questões políticas (HABERMAS, 2012).

Aspectos da Teoria do Agir Comunicativo de Jurgen Habermas podem contribuir para o combate à tuberculose prisional e para o uso do material edu-

cacional construída no presente trabalho. A Teoria do Agir Comunicativo diz respeito a formas de aquisição e de utilização de saber por parte de sujeitos providos de competência comunicativa (HABERMAS, 2012), em nosso caso, operadores de direito.

A teoria parte da ideia que a comunicação por linguagem comum é autorreferente e que os atos de fala possuem estrutura dupla, uma vez que a situação em que se busca entendimento exige que ao menos dois agentes produzam simultaneamente comunicação em dois níveis, a saber: (i) o nível dos objetos; e (ii) o estado de coisas sobre os quais eles procuram entender. Habermas introduz o agir comunicativo como atividade social que se caracteriza como o uso de atos de fala orientados simetricamente por entendimento. Apresenta a *comunicação* como imprescindível para a produção da ordem social, sendo chave para abordagem de questões essenciais para compreensão da sociedade (HABERMAS, 2012). Enfatiza a necessidade de a verdade ser reconhecida, *fundamentada*, confrontada ou refutada a partir do discurso. Pois, somente por meio de argumentos que nós, atores ou agentes, nos deixamos convencerem da veracidade da informação e do instrumento de comunicação.

O conceito de *fundamentação* está intimamente ligado ao de aprendizado. Também no caso dos processos de *aprendizado*, a argumentação desempenha um papel importante (HABERMAS, 2012). Denota-se que o filósofo [Habermas] enleva o processo de aprendizado na comunicação e a relação entre os sujeitos (ator e agente).

Habermas sustenta que denominamos *racional* uma pessoa que, no campo cognitivo-instrumental, age de maneira eficiente e exterioriza opiniões *fundamentadas*. Contudo, essa racionalidade continua sendo apenas casual quando não se liga à capacidade de aprender a partir dos fracassos, a partir da refutação de hipóteses e do insucesso de algumas intervenções. O filósofo resume as reflexões expondo que entendemos racionalidade como uma disposição de sujeitos capazes de falar e agir (HABERMAS, 2012).

A comunicação pode-se dizer é emancipatória. Nesse andar, Habermas (2012) demonstra que as argumentações tornam possível um comportamento considerado racional em um sentido peculiar, qual seja o aprendizado a partir de erros explícitos. Enquanto a possibilidade de crítica e exteriorizações racionais, e a capacidade de fundamentação que lhes é própria limita-se a dar indícios da

possibilidade de argumentação, os *processos de aprendizagem* dependem das argumentações; e é por meio destes últimos que angariamos conhecimentos teóricos e discernimentos morais, renovamos e ampliamos a linguagem avaliativa e suplantamos autoenganos e dificuldades de entendimento.

Aqueles que concebem o empreendimento do saber partem de um modelo de conhecimento que acentua ou a atividade do sujeito cognoscente ou a receptividade do processo cognitivo. O conhecimento aparece mediado ou por um *instrumento*, com a ajuda do qual formamos objetos, ou por um *espaço intermediário* através do qual a luz do mundo penetra no sujeito.

Prossegue Habermas (2012) que o modelo comunicativo de ação não equipara agir e comunicação. Reitera que a linguagem é um *medium* de comunicação a serviço do entendimento.

A correlação da ideia de Jurgen Habermas sobre comunicação e os processos de aprendizagem que se dão a partir dos instrumentos e formas da própria comunicação permite inferir as potencialidades da linguagem. Por meio da linguagem e da comunicação é razoável afirmar que se pode intervir, alterar, e transformar a vida em sociedade.

Qual o papel do Direito neste cenário? O direito no modelo democrático ora em discussão não representa apenas uma forma de saber, assim como a moral, mas afigura-se como um componente importante do sistema de instituições sociais. Ele é um sistema de saber e, ao mesmo tempo, um sistema de ação. Um sistema de saber que é mantido dogmaticamente, ou seja, é articulado e trazido para um nível científico interligado com uma moral conduzida por princípios. E enquanto sistema de ação irá demarcar as possibilidades decisórias inclusive em situações de exigência majoritária à solução de controvérsias públicas (LEAL e FRIEDRICH, 2015).

O conceito habermasiano do agir comunicativo (SILVA, 2015) estabelece o entendimento linguístico como premissa fundamental para o mecanismo de coordenação da ação. As condições atuais de coexistência necessária de diferenças culturais (MONTERO, 2009) tornaram mais aguda uma das principais características das sociedades modernas: a imposição da convivência em um mesmo espaço político de uma pluralidade de concepções de mundo e formas de vida.

Para Habermas (MONTERO, 2009), uma ordem jurídica é definida como legítima quando assegura, de forma equitativa, a autonomia de todos os cidadãos. Ao perceber que a linguagem, mesmo quando utilizada comunicativamente, não tem força suficiente para assegurar a integração social, devido ao multiculturalismo e às complexidades ideológicas que envolvem a sociedade moderna, torna praticamente impossível estabelecer uma base comum para regularização das questões problematizadas, Habermas aponta o direito como meio adequado para preencher esse déficit estabilizador social.

A partir disso, o discurso jurídico de aplicação (jurisdição) não pode ser utilizado ilimitadamente (SANTOS e SOARES, 2017), pois tem como fundamento os direitos fundamentais assegurados. Condição que legitima a utilização do procedimento habermesiano na práxis judicial. Esta mudança na práxis judicial com o uso de uma linguagem mais acessível pelo procedimento dialético além de aprimorar o efetivo acesso à Justiça, propiciaria maior participação das partes e seu empoderamento, simplificaria os atos processuais, promoveria uma educação do jurisdicionado para a cidadania, bem como reveria a questão da estética do direito no que tange a sua linguagem fria e hermética.

Logo, o uso, nos tribunais e fora dele, de uma linguagem do direito mais acessível à população, e por sua vez, a utilização de um procedimento discursivo na prática jurisdicional requereria um novo *modus operandi* dos operadores do direito, no sentido de utilizarem o procedimento discursivo habermesiano através de uma linguagem menos hermética (SANTOS e SOARES, 2017).

5.6 A Lógica da Argumentação segundo Toulmin

Ao abordar o assunto argumentação não é possível dissociar dos conceitos de interesse, liberdade e saber. Na verdade, as argumentações distinguem-se de acordo com os *tipos das pretensões* que o proponente tenciona defender. E as pretensões variam de acordo com os contextos da ação, que podem se caracterizar por meio de instituições, tais como tribunais, congressos científicos, reuniões de conselhos administrativos de empresas, aconselhamentos médicos, seminários universitários, audiências parlamentares, discussões de engenheiros sobre a escolha de um determinado *design*, etc. (HABERMAS, 2012).

Stephen Toulmin foi matemático e filósofo da ciência, estudioso do discurso argumentativo, que reuniu em um modelo os componentes básicos de um bom argumento, não apenas de ordem lógica, como os de ordem social e pragmática, e os persuasivos. Os componentes são: a hipótese, as evidências, as justificações, os respaldos e fundamentos e os argumentos contestados que, por sua vez, dão lugar aos qualificadores modais e termos moderadores (STINCER, 2017).

A estrutura do modelo explica: (i) os componentes que são necessários em um bom argumento, e (ii) a ordem em que esses componentes devem entrar no discurso. O modelo deve ser entendido da seguinte forma: (i) de um conjunto de fatos, evidências e dados (os primeiros componentes, dados), nossa mente pode fazer uma inferência (segundo elemento do modelo, alegação). Essa inferência, dentro dos processos metodológicos de pesquisa, também é conhecida como hipótese ou suposição. É uma construção mental de "algo" que os dados revelam. Pode ser concebida como uma abstração de qualidades intrínsecas a elas, de relações implícitas, ocultas ou difíceis de perceber, de modo que devemos nos comprometer a prová-las.

Uma vez que a inferência tenha sido feita, é necessário justificá-la, dando as razões que nos permitem considerá-la verdadeira. [...] as *warrants* (garantias) são o momento em que as razões, regras e princípios que permitem perceber a hipótese como uma afirmação verdadeira ou plausível se tornam explícitas. Dentro do argumento, essa tarefa é uma das mais árduas, porque requer não apenas a busca de evidências, mas também a explicitação das razões teóricas que explicam o conteúdo e as relações envolvidas na inferência inicial.

No compreender de Grácio (2013), Toulmin propõe uma abordagem estrutural daquilo que podemos chamar de “célula argumentativa”, ou seja, dos elementos constitutivos do raciocínio argumentativo. O raciocínio argumentativo difere do raciocínio lógico-analítico na medida em que não representa um processo de inferência que parte de premissas para chegar a conclusões, mas é um processo de justificação que parte de uma tese para a qual apresenta razões. A justificação de uma tese envolve produzir razões para a tese depois do fato de termos mentalmente chegado à tese. A inferência, por outro lado, refere-se ao uso de razões para chegar a uma tese e é região de argumentação analítica (GRÁCIO, 2013).

A apresentação de razões de suporte consistirá em referir os dados ou a informação na qual a afirmação se baseou. A tese é dimensionada como um raciocínio e, pressupondo este a aplicação de uma regra, será justificada não só em função dos referidos dados como, ainda, a partir de algo que autoriza ou avaliza que o trânsito dos dados para a tese se processe, ou seja, de uma regra de passagem, ou garantia (GRÁCIO, 2013).

Para melhor compreensão, Grácio (2013) apresenta um exemplo prático. Por exemplo, se alguém afirma que “o filme X bateu todos os recordes de bilheteria e é, por isso, o melhor filme de todos os tempos”, nesta formulação está envolvido um dado (“o filme X bateu todos os recordes de bilheteria”) e afirma-se uma tese (“X é o melhor filme de todos os tempos”). A garantia desta inferência, ou seja, aquilo que permite ou autoriza esta afirmação, só pode ser: “o melhor filme é aquele que maiores receitas de bilheteria alcançam”.

Grácio (2013) elucida que a dimensão comunicacional considera o raciocínio argumentativo primordialmente não em um *contexto de descoberta*, mas em um *contexto de justificação*: não se trata de nos limitarmos a ver como é que se chegou à asserção apresentada como tese, mas de, face de um desafio, a suportar a partir dos critérios que a procuram mostrar como fundada numa garantia. Ela insere-se na ideia de argumentação como uma “atividade de apresentar teses, reforçá-las através de razões, criticar essas razões, refutar essas críticas e por aí em diante” (GRÁCIO, 2013).

Dito de outro modo, não se trata de ver se, dadas certas premissas, se pode extrair certa conclusão, mas antes, perante uma determinada tese, ver que dados e critérios se podem invocar para lhe dar força. Em termos comunicacionais, no qual é pressuposto um diálogo entre um proponente e um questionador, a ordem é: tese – desafio de tese – seleção de dados que funcionam como fundamento – explicitação da garantia usada como regra de passagem (GRÁCIO, 2013).

Toulmin (apud HABERMAS, 2012) delineia cinco campos de argumentação representativos, a saber: direito, moral, ciência, administração e crítica da arte. Extrai dos modos de argumentação dependentes dos diversos campos sempre o mesmo esquema de argumentação; com isso, os cinco campos de argumentação podem ser concebidos como *diferenciações e autonomizações institucionais de uma única demarcação conceitual* das argumentações em geral

(HABERMAS, 2012). Assim, empreendimentos diversos como direito e moral, ciência, administração e crítica de arte deveriam sua racionalidade a esse cerne comum.

Para Leal e Friedrich (2015), a linguagem enquanto expressão das representações e pensamentos humanos permite perceber qual a estrutura dos mesmos, ou seja, descobrir certas estruturas de racionalidade que nela se manifestam – daí poder-se afirmar a existência de uma “razão comunicativa”.

Diante disso, poderemos pensar na ferramenta de ensino e aprendizagem objeto do presente trabalho de conclusão de Mestrado Profissional. Tendo presente as noções da teoria do agir comunicativo é possível vislumbrar o potencial de aproximação dos operadores do direito por meio do instrumento educacional, objetivando aprofundar e aperfeiçoar os fundamentos sobre saúde pública e tuberculose no sistema prisional.

5.7 A comunicação e a aprendizagem nos serviços de saúde pública com base em Rivera e Altmann

Consoante dito anteriormente, a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia inovadora para a área do direito e na esfera da execução criminal. O que, sem dúvida, possibilitará a atualização dos operadores do direito ao mesmo tempo em que os vincularia no momento da decisão jurídica.

Como alternativa para uma visão de planejamento como busca da maximização de recursos econômicos abstratos, há o conjunto de vertentes do planejamento estratégico. Tais vertentes articulam-se pela concepção de planejamento com processo interativo, que obriga a considerar os vários atores envolvidos e a viabilidade política dos planos. Neste sentido, desenvolvem uma reflexão sobre componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural, redes de conversação, com alguma influência da escola de organização que aprende a filosofia da linguagem aplicada à gestão organizacional (RIVERA e ALTMANN, 2010).

Observa-se que para alcançarmos o planejamento estratégico de cunho comunicativo necessariamente dependemos de atividade intersetorial, similar a

que se sustenta viável no presente trabalho. Entende-se que por meio de ferramenta educacional é razoável aproximar os profissionais da saúde e do direito que operam no âmbito do sistema prisional.

É consabido que o planejamento se presta como instrumento de aprendizagem. Não podemos deixar de referir o processo de aprendizagem ínsito ao planejamento estratégico mesmo ao que se propõe por meio de instrumento de educação permanente. Assim, no processo de aprendizagem (RIVERA e ALTMANN, 2010), os planejadores teriam função importante, difundindo teorias, enfoques e métodos, proporcionando processo participativo e real de formação da estratégia dissociada o operacional, que situa o planejamento como instrumento de aprendizagem. É importante que este processo de aprendizagem se apoie em teorias, métodos e enfoques que induzam a pensar globalmente a organização, incluindo a necessidade de uma boa análise do ambiente externo, de uma formulação coletiva de prioridades e de uma definição de um esquema de pertença a redes amplas (RIVERA e ALTMANN, 2010).

Em um contexto em que vários projetos de sociedade/atores se encontram em confronto constante, além do reconhecimento do conflito e sua tematização, é preciso fortalecer a capacidade de escuta do outro e da interação e negociação. Por isso, afirma-se que uma concepção pluralista e comunicativa do planejamento apresenta maior aplicabilidade (RIVERA e ALTMANN, 2010).

Nessa esteira, busca-se integração entre a atenção primária, instituições hospitalares e outras da área da saúde e os que atuam na questão jurídica e judiciária da execução da pena da pessoa privada de liberdade diagnosticada com tuberculose. Pensamos que os operadores do direito, tal como os profissionais da saúde, são os agentes sociais mencionados por Rivera e Altmann (2010). Como tal, têm dever e poder, assim como instrumentos suficientes e necessários para coordenar suas atividades e obter como resultado a melhora do sistema de saúde da população privada de liberdade.

Rivera e Altmann (2010) apresentam argumentos como a conjugação de saber tecnológico e agir comunicativo incorporar o enfoque de educação em saúde ou de promoção voltado para aumentar a capacidade de autonomia dos sujeitos que adoecem. Argumento apropriado para este trabalho de conclusão de Mestrado Profissional que trata da necessidade de atuação integrada dos operadores do direito para o combate à tuberculose no sistema prisional. Para esses

autores, equipes multiprofissionais de saúde (e no tópico, operadores de direito) como condição para atendimento integral a ser verificado já no acolhimento primário do paciente (o Presídio Central de Porto Alegre possui unidade de saúde onde os privados de liberdade com tuberculose são tratados), deveriam assumir, a partir de Habermas, a feição de equipe-interação. Essa equipe seria articulada pela comunicação com um nível de reconhecimento expressivo entre os participantes e com a possibilidade de refletir e definir um projeto assistencial comum.

Rivera e Altmann (2010) demonstram que o sistema de acolhimento serve como rede de conversações. O acolhimento dialogado possui uma dimensão primária de aceitação moral de uma demanda do paciente e uma dimensão de diálogo voltado para o reconhecimento das necessidades trazidas pelo paciente e das formas de intervenção, que implicam eventualmente o encaminhamento do paciente para o nível de complexidade tecnológico mais adequado dentro do sistema de saúde. O acolhimento é uma conversa que objetiva também a distribuição do paciente pelos vários pontos de atenção. Neste sentido, a atuação coordenada e integrada de operadores do direito e profissionais da saúde tem a função essencial de permitir, dentro da execução da pena, que o doente com tuberculose tenha a sua disposição desde a medicação, atendimento na atenção primária, e acesso à alta complexidade quando necessário (RIVERA e ALTMANN, 2010).

Esses autores aventam o objetivo principal da ferramenta educacional, qual seja, em nosso trabalho, aproximar os envolvidos com o privado de liberdade com tuberculose a fim de que receba o tratamento adequado, mas também o compartilhamento de conhecimento sobre saúde pública e tuberculose dentro do sistema prisional. Na medida em que os diferentes saberes são insuficientes, há necessidade de equipes e de uma interconexão entre os serviços. A relação não pode se limitar apenas ao profissional-usuário, mas igualmente entre profissionais e serviços, como dinâmica de vínculos dialógicos entre profissionais e instâncias diferentes, mas interdependentes.

Enveredando mais uma vez para a aprendizagem, Rivera e Altmann (2010), por último, afirmam que a produção sobre a escuta é capacidade básica da aprendizagem. Escutar e saber indagar são capacidades importantes para um modelo de negociação, baseado na cooperação e intercâmbio comunicativo.

É estabelecer um modelo comunicativo comum, construir dentro da transversalidade e da intersectorialidade, e constituir um modelo de troca mútua de aprendizagem.

5.8 Aspectos dos cursos de graduação em Direito no Brasil

Esta seção busca apresentar elementos sobre a formação jurídica no Brasil devido à proposta desta mestranda de instrumentalizar operadores do direito que atuam no sistema penitenciário do RS sobre tuberculose sob o ponto de vista de saúde pública.

Os cursos de graduação em Direito no Brasil têm suas regras disciplinadas pelo Ministério da Educação – MEC (Resolução CNE-CES nº 9, de 29 de setembro de 2004). Há muito, vem se discutindo como devem ser organizados os currículos dos cursos de Direito e quais as melhores estratégias para que haja de fato integração entre os aspectos práticos e teóricos na formação jurídica brasileira. As implicações acadêmicas são muitas, entre elas a necessidade de discutir e aprofundar a própria compreensão do que deva ser entendido como Direito na atual sociedade da informação, que não se coaduna mais apenas com a ideia de conjunto de normas e procedimentos de origem e monopólio estatal. Explora os limites da formação graduada em Ciência.

5.8.1 Histórico

No Brasil, os primeiros cursos jurídicos foram criados em 1827 (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016), seguindo o modelo português tanto em seu currículo como em sua estrutura pedagógica. O cenário que se tinha no país era de formação do Estado nacional pós-independência e com isso a necessidade de profissionais para formação dos quadros político e administrativo. Nesse contexto, não havia nesses cursos nenhuma outra preocupação além de passar aos alunos, em aulas integralmente expositivas (modelo bancário), uma interpretação das leis vigentes, limitando-se o processo educativo à mera transmissão de conhecimento (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

O Brasil já era um país independente quando, em 11 de agosto de 1827,

foram instituídos os dois primeiros cursos de Direito do país (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016), um na cidade de São Paulo e o outro em Olinda, posteriormente transferido para o Recife. Fato sabido é que “os centros de estudos jurídicos foram criados com o objetivo de formar bacharéis para auxiliar na administração pública do país, consolidando dessa forma o projeto político nacional”.

Um século após, quando a República Velha já se aproximava de seu fim, os cursos jurídicos no Brasil ainda não apresentavam qualquer disciplina voltada à prática (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016), limitando-se a um processo de mera transmissão de conhecimento, evidenciando, assim, a tendência à estagnação e ao conservadorismo que marcavam o ensino jurídico no país, apesar das mudanças sociais. No início da Era Vargas em 1930, ganhou impulso o chamado movimento “Escola Nova” cuja contenda era contra o ensino tradicional. Todavia, ao contrário do que se poderia imaginar, nem essa nova pedagogia liberal foi capaz de alterar as metodologias pedagógicas do ensino jurídico, ficando mantida a pedagogia tradicional para os cursos de Direito. Formavam-se operadores do Direito tradicionalista e conservadores, criando cada vez mais um abismo entre o ensino jurídico e a realidade social, não havendo vinculação entre a teoria e a prática (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

Os cursos jurídicos se limitavam a um programa de formação técnico-profissional (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016), desconsiderando a formação humanística, social e política. Somente em 1972, os cursos de Direito sofreram modificação curricular por determinação da Resolução nº 3, de 25 de fevereiro de 1972, do Conselho Federal de Educação, que deu à prática forense caráter e natureza disciplinar ao torná-la exigência sob a forma de estágio supervisionado (parágrafo único do art. 1º). Foi essa resolução que ditou as diretrizes do ensino jurídico por mais de duas décadas, até que em 30 de dezembro de 1994, houve a publicação, pelo Ministério da Educação, da Portaria nº 1.886 que editou as primeiras diretrizes curriculares para os cursos de Direito.

Essa Portaria determinou que as instituições de ensino superior incluíssem as atividades práticas nos cursos de Direito tornando-as obrigatórias. O artigo 10 dessa Portaria instituiu que “o estágio de prática jurídica, supervisionado pela instituição de ensino superior, será obrigatório e integrante do currículo pleno,

em um total mínimo de 300 horas de atividades práticas simuladas e reais desenvolvidas pelo aluno com controle e orientação do núcleo correspondente” (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

A Portaria n.º 1.886/94 foi revogada pela Resolução CNE-CES nº 9, de 29 de setembro de 2004, do Ministério da Educação, atualmente em vigor, que instituiu as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em direito, bem como apresentou o perfil do graduando desejado. Estruturou também o currículo em três Eixos de Formação: (i) Eixo de Formação Fundamental; (ii) Eixo de Formação Profissional; e (iii) Eixo de Formação Prática, explicitando a necessária conjugação das três dimensões nos estudos jurídicos, desde seus primeiros momentos (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

O eixo fundamental (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016) tem por objetivo integrar o estudante no campo do Direito, apontando para a sua relação com outras áreas do saber; o eixo profissional busca ir além do enfoque dogmático, estimulando o aluno a conhecer e aplicar o Direito; e o eixo de formação prática, por sua vez, deve almejar a integração entre a prática e os conteúdos teóricos desenvolvidos nos demais eixos. Além disso, atribuiu-se aos Núcleos de Prática Jurídica - NPJ a responsabilidade pelas atividades práticas, inclusive estágio, dispondo em seu artigo 7º, § 1º, que “o Estágio de que trata este artigo será realizado na própria instituição, através do Núcleo de Prática Jurídica”. Com isso, as atividades de estágio em Direito assumiram caráter mais acadêmico do que profissional.

Soma-se ao estágio curricular obrigatório (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016), aquele de que trata o artigo 9º, § 1º da Lei no 8.906/94 - Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), que é o estágio profissional de advocacia, realizado nos últimos dois anos do curso jurídico e que pode ser feito em setores ou órgãos jurídicos e escritórios de advocacia credenciados pela OAB. Faz-se importante esclarecer que a nova Lei do Estágio (Lei nº 11.788, sancionada em 25 de setembro de 2008) não revogou as normas previstas para os estudantes de Direito no Estatuto da Advocacia, pois “a nova Lei do Estágio tem caráter geral, sem atenção para as particularidades de situações especiais. Já a Lei 8.906/94 é de caráter especial, uma vez que trata somente do estágio profissional de advocacia” (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

Como se pode perceber, por mais de século não houve qualquer alteração na estrutura do ensino jurídico no Brasil, sempre marcado por seu caráter exclusivamente teórico, positivista e acrítico, até que, com o reconhecimento de que “[...] a formação do intérprete deveria abranger aspectos culturais e não simplesmente ficar limitada ao conhecimento das normas”, o ensino jurídico brasileiro sofreu alterações em sua estrutura curricular e a prática jurídica assumiu caráter obrigatório nos cursos de Direito no Brasil. No entanto, diferentemente do que se pretendia essa obrigatoriedade não se mostrou suficiente para afastar a herança do positivismo e a característica do teorismo (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

O método preferencialmente adotado nas graduações de Direito brasileiras (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016) é o do estudo e análise crítica da legislação aplicável, a revisão da literatura sobre o assunto e a observação direta do funcionamento do estágio supervisionado. O debate em questão se justifica pela necessidade social de que a formação jurídica seja a mais adequada e abrangente possível e que os estudantes percebam e desenvolvam a compreensão da responsabilidade social da graduação que escolheram.

É consenso entre muitos estudiosos que o Direito (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016) não reflete as complexas transformações que afetam a sociedade atual, sendo diagnosticados diversos problemas dentre os quais o excesso de formalismo, o seu caráter excessivamente teórico e conservador, a multiplicação desenfreada de instituições de ensino, muitas voltadas para uma formação meramente profissionalizante e o baixo estímulo às pesquisas.

5.8.2 O *habitus* e o campo

Diante deste quadro, mostra-se bastante oportuno o uso do referencial teórico de Pierre Bourdieu (2003 e 2007), cujos conceitos de *habitus* e *campo* oferecem alternativa teórico-metodológica importante para a compreensão da relação sujeito-sociedade. Esse sociólogo dedicou-se ao estudo dos *campos*, tratados enquanto espaços sociais relativamente autônomos, em torno dos quais se estruturaria e se reproduziria a própria sociedade. O *habitus*, outro conceito chave de sua contribuição teórica, por sua vez, referir-se-ia a um conjunto de

disposições inconscientemente internalizadas que norteariam a percepção e a ação dos indivíduos no mundo social. Dentro desses estudos, Bourdieu aborda o *campo jurídico* enquanto espaço social formado por instituições, normas, discursos, operadores e intérpretes do direito, cuja estrutura requer um *habitus* bastante específico: o *habitus jurídico* (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

Este, por sua vez, engloba o ingresso no curso de Direito (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016), as formas de vestir, o uso de jargões e determinado padrão de comportamento e de linguagem. Abrange, também, a descoberta e a compreensão das matérias que compõem a própria grade curricular dos cursos de Direito e, nesse ponto, o que se verifica é que as matérias que integram os eixos fundamental e prático acabam sendo deixadas sempre para segundo plano porque a hierarquia existente no *campo jurídico* e que se reflete no campo acadêmico transmite aos estudantes a ideia de que apenas as matérias do eixo profissional (direito civil, direito constitucional, penal, principalmente) é que são imprescindíveis para atuar na área do Direito ou para compor o *campo jurídico*. Em consequência e em razão do *habitus* e do *campo* que visam demarcar a identidade dos seus componentes, mantém-se a metodologia de ensino que privilegia aulas expositivas e a formação de um mesmo perfil de profissionais conservadores e sem qualquer intenção de renovação, o que não condiz com as exigências de uma sociedade marcada pela globalização, pelo dinamismo e pela complexidade, mas sim, parece antes atender ao objetivo demarcatório de um *campo* e de um *habitus* de identidade de uma classe ou de uma categoria: a do Direito (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

5.8.3 Novas tendências

Não temos como pretensão estabelecer aprofundada discussão sobre as diretrizes curriculares da graduação dos Cursos de Direito no Brasil. Contudo, não há como olvidarmos que o positivismo que ainda hoje impera na formação do operador do direito tem relação direta com a compreensão dos fatores sociais e pessoais que envolvem a vida da pessoa privada de liberdade (segurança jurídica e defesa do direito à saúde).

Para Wolkmer (2017), a discussão contemporânea sobre todo e qualquer campo das ciências sociais deve ter em pauta as perspectivas para o século XXI.

É ter presente as mudanças sociopolíticas, os impactos midiáticos e financeiros e as transformações científico-tecnológicas que projetam uma realidade mundial cada vez mais diversificada, fragmentada e globalizada. As antigas utopias de fundamentação e de legitimação que nortearam a cultura da modernidade desmoronaram, tornando-se incapazes de possibilitar padrões normativos seguros, abrindo espaço para redefinir os marcos epistemológicos e metodológicos que possibilitaram novas formas de produção da vida material, novas complexidades de saberes e novas formas de organização social (WOLKMER, 2017).

A exigência de discutir e buscar um "novo modo de vida" fornece a incursão imperativa por novos parâmetros de regulamentação, de práticas políticas e sociais alternativas e "novas agendas" de pesquisa. Torna-se, assim, indispensável reordenar e redefinir o modo de conceber as relações complexas entre Direito e Sociedade. Ora, o paradigma emergente e alternativo que vem sendo produzido desde o [hemisfério] Sul, enquanto ruptura ao modelo científico universalista cartesiano de tradição iluminista e anglo(euro)cêntrico, introduz novas referências epistêmicas e metodológicas para repensar e reordenar a estrutura e as relações sociais (Sociedade), de modo geral, e a dinâmica da processualidade normativa em sua pluralidade de fontes (Direito) (WOLKMER, 2017).

Antes de tudo, uma metodologia crítica no direito, para lembrar os ensinamentos de Maria Guadalupe P. da Fonseca, "propõe o engajamento do jurista com a realidade da qual é contemporâneo. Isso supõe que se ocupe em conhecer os problemas sociais de seu país, que se ocupe em avaliar as consequências que as leis e demais normas podem ter sobre a sociedade. Que avalie o grau de receptividade das instituições vigentes. [...] na verdade, a tradição tem sido marcada pela hegemonia do conhecimento teórico sobre a prática concreta, a dissonância entre a produção teórica acadêmica e a investigação social. A experiência empírica é ainda tênue em razão da pouca tradição de pesquisas de campo, da falta de recursos institucionais, da ineficaz atuação dos agentes que representam e que intermedeiam demandas na área jurídica e do pouco interesse dos professores "técnicos" por pesquisas aplicadas extraclases (WOLKMER, 2017).

Na prática, o que ocorre em grande parte dos cursos jurídicos do país, é,

de fato, a existência de uma multiplicidade de conteúdos programáticos tanto quanto têm sido os docentes responsáveis didaticamente pelas disciplinas. Há concomitância e predominância de programas com uma visão tradicional sobre conteúdos mais problematizantes e construtivos (WOLKMER, 2017).

Ora, é facilmente verificável a natureza interdisciplinar do Curso de Direito (WOLKMER, 2017). E quanto à bibliografia indicada e utilizada nas faculdades de Direito? Não existem maiores dificuldades em reconhecer que a bibliografia reflete diretamente a composição do conteúdo e a orientação seguida pelos que assumem a responsabilidade didática da disciplina. Depreende-se, até aqui, que, dentre alguns dos grandes problemas vivenciados nos Cursos de Direito, constata-se a hegemonia de estudos teóricos sobre a prática empírica e o distanciamento maior da academia com o cotidiano da realidade social, bem como a trajetória curricular oficializada, marcada por forte mimetismo acrítico (WOLKMER, 2017).

A problematização em pauta provoca a sugestão pedagógica de algumas direções. Tendo em conta reflexões postas por João Baptista Herkenhoff, em uma obra coletiva de 1996 (“A Formação dos Operadores Jurídicos no Brasil”) sobre a formação dos operadores jurídicos, caberia avançar agora com as seguintes indagações: Os Cursos de Direito estabelecem projetos para qual sociedade? Para qual projeto de cidadão? Para que tipo de operador do Direito? Obviamente que se está pensando numa sociedade mais ética e justa, mais igualitária, com menos exclusão social, insegurança e violência (WOLKMER, 2017).

Assim, pensar as diretrizes curriculares da graduação em direito é desenvolver um trabalho pedagógico questionador da sociedade e do lugar social do Direito. Tais preocupações não deixam de refletir o processo de construção do Direito, no espaço emergente de países periféricos como o brasileiro, que vem sofrendo o impacto da crise do Estado Nacional e da democracia representativa, da globalização da economia, das novas tecnologias em diferentes áreas e das tradicionais instabilidades institucionais que marcam esta região do hemisfério Sul.

Neste sentido, tem razão Artur Stamford ao chamar a atenção de que “o momento histórico atual requer respostas, soluções, alternativas, políticas públicas para enfrentar as questões oriundas da aproximação entre a cultura ocidental e a oriental, os favelados e os ricos [...]” (WOLKMER, 2017).

Para isso, retoma-se a clássica questão de um processo pedagógico conscientizador e liberador como caminho sempre possível para as transformações e as rupturas paradigmáticas. Ora, se o primeiro momento foi aquele conquistado, por força da Portaria nº 1.886/1994, com o reconhecimento, a regulamentação e a obrigatoriedade de disciplinas fundamentais, cabe, doravante, lutar para sua renovação e redirecionamento, tornando sua potencialidade em instrumento não só para melhor conhecer o Direito como fenômeno social, suas instituições e seus operadores profissionais, como, sobretudo, tornar-se o espaço privilegiado para desenvolver uma visão do Direito, mais crítica, social, complexa e criativa (WOLKMER, 2017).

Apresenta-nos Wolkmer (2017) o denominado "pressuposto fundante" que opera com a "noção de sociabilidades emergentes" abre a discussão sobre a questão de nova subjetividade, reconceituando a cidadania e trazendo a força legitimadora dos novos movimentos sociais em escala transfronteiriça. Na singularidade das crises mundializadas que atravessam as instituições sociais e que degeneram as relações da vida cotidiana, a resposta potencializada para transpor a exclusão, e as privações provém da força contingente de novos sujeitos coletivos que, por vontade própria e pela consciência de suas reais necessidades, são capazes de criar e instituir novos direitos. A busca por outra *epistême* deve partir do “outro”, enquanto sujeito histórico subalterno, corporalizando novas sociabilidades – singulares e coletivas – de vítimas geradas por formas de institucionalidade e de racionalidade de dominação, hierarquização e exclusão (WOLKMER, 2017).

As novas sociabilidades articulam-se em torno de "exigências cada vez mais claras de dignidade, de participação, de satisfação mais justa e igualitária" das necessidades de grandes parcelas sociais dominadas excluídas e marginalizadas da sociedade. É deste modo que, caracterizando a noção de sujeito enquanto identidade, que envolve nova subjetividade e nova cidadania, privilegiam-

se, numa pluralidade de sociabilidades, os múltiplos grupos de interesses, movimentos sociais transfronteiriços, populações originárias, camponeses e afrodescendentes, redes de intermediação, organizações locais, transnacionais e ONGs. Tais sociabilidades se revelam portadoras potenciais de inovadoras e legítimas formas de fazer política, do reconhecimento dos saberes subalternizados, de materializar fontes alternativas e plurais de produção jurídica, contrapondo-se à racionalidade normativa colonial e imperial. É desse modo que a retomada do conceito histórico de “sujeito” está mais uma vez associada a uma tradição de utopias revolucionárias e de lutas por resistências (WOLKMER, 2017).

O terceiro "eixo epistemológico" (WOLKMER, 2017) a considerar são as novas formas de revelação da produção do conhecimento que estão marcadas hodiernamente por um processo crítico e recriador de intersecção da complexidade com a interdisciplinaridade, da interdisciplinaridade com o pluralismo. Naturalmente, como já se escreveu em outro momento, há que se avançar para uma nova interpretação do pluralismo, ou seja, sua especificidade não está em negar ou minimizar o Direito estatal, mas em reconhecer que este é apenas uma das muitas formas normativas que podem existir na sociedade. Deste modo, o pluralismo legal cobre não só práticas independentes semiautônomas, com relação ao poder estatal, como também práticas normativas oficiais formais e práticas não oficiais e informais. A pluralidade envolve a coexistência de ordens normativas distintas que define ou não relações entre si.

O pluralismo pode ser a expressão de práticas normativas autônomas e autênticas geradas por diferentes forças sociais ou manifestações legais plurais e complementares que não implica necessário reconhecimento, incorporação e controle pelo Estado. A percepção do pluralismo como um "sistema de decisão complexa" implica um avanço maior e um "cruzamento interdisciplinar" entre Direito e Sociedade. Neste sentido, falar em interdisciplinar, como já ensinava Andre-Jean Arnaud, significa admitir e reconhecer que o Direito tem uma natureza essencialmente plural, uma condição que torna necessário pensar o Direito enquanto Direito na relatividade do social (WOLKMER, 2017).

Certamente há que se considerar que a mudança da sociedade em função

do reconhecimento e da emancipação de outro tipo de identidade social em movimento conduz ao exercício da "crítica" (WOLKMER, 2017). A "crítica", enquanto processo histórico identificado ao utópico, a ruptura e ao desmistificador, assume a "função de abrir alternativas de ação e margem de possibilidades que se projetam sobre as continuidades históricas". Portanto, uma posição "crítica" há de ser vista não só como uma avaliação crítica de "nossa condição presente, mas crítica em trabalhar na direção de uma nova existência [...]" (WOLKMER, 2017).

É indispensável, por conseguinte, assimilar o apelo por novas gramáticas e por novos saberes que possibilitam uma linguagem alternativa da diferença, que contextualiza como querem Castro-Gómez e Grosfoguel, "a complexidade das hierarquias de gênero, raça, classe, sexualidade, conhecimento e espiritualidade dentro dos processos geopolíticos, geoculturais e geoeconômicos do sistema-mundo. Com o objeto de encontrar uma nova linguagem para esta complexidade, necessitamos buscar 'fora' de nossos paradigmas, enfoques, disciplinas e campos de conhecimentos. Necessitamos entrar em diálogo com formas não ocidentais de conhecimento, uma vez que estas geram uma totalidade em que tudo está relacionado com o todo, porém com novas teorias da complexidade" (WOLKMER, 2017).

Nota-se de forma clara, que as normas que fixaram as diretrizes curriculares do curso de Direito tiveram por objetivo estimular uma visão crítica, tirando o operador do direito da posição de mero receptor de conhecimento, buscando a realização de atividades que vão além da sala de aula e possibilitando o raciocínio jurídico capaz de solucionar demandas reais advindas da sociedade que o cerca. Neste ponto relativo à constatação quase que geral entre os especialistas sobre a necessidade de reestruturação do campo jurídico sustenta-se a imperiosa necessidade em primeiro lugar da ocorrência de um processo de auto-crítica dos próprios jogadores do campo jurídico (os operadores do direito) (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

Tal mudança de perspectiva implica (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016), como sustentam, na instauração de nova ética, com enormes repercussões. O campo

jurídico com sua linguagem própria e hermética que se delimita a si mesmo enquanto cultura e capital específicos revelam-se como “a expressão visível de uma força que se exerce de fora para dentro e de dentro para fora conformando o campo jurídico e os profissionais do direito em torno da competição (transferência e acumulação) por capitais específicos ao campo”.

Como afirmam esses autores, as linguagens jurídicas são o *habitus* poderoso e hierarquizado do campo jurídico e as lutas travadas nesse campo são (re) produzidas (valorizadas) culturalmente. Mudanças apenas externas ou aparentes, portanto, não bastam. As alterações necessárias devem ser antes estruturais. O que faltam, portanto, para a real integração entre teoria e prática jurídica é a compreensão e apreensão da interdependência entre linguagem jurídica, acesso à justiça, capital simbólico dos profissionais do direito e ensino jurídico. É necessário também reconhecer e enfrentar o fato de que o campo jurídico se constitui e funciona enquanto poder em luta.

Inquestionável que o conteúdo que se aprende em sala de aula é importante, mas é preciso ir além. É preciso que os operadores do direito conheçam e interajam com a realidade que os cerca e na qual eles próprios estão inseridos, na qual e para a qual exercerão o seu mister, e isso tem se mostrado possível diante das atividades que vêm sendo exercidas nos Núcleos de Prática Jurídica dos Cursos de Direito; atividades que, embora *en passant* (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016), merecem ser conhecidas.

Em realidade (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016), o que se tem é a premente necessidade de os Cursos jurídicos acompanharem as transformações da sociedade atual, também chamada de sociedade da informação ou pós-moderna. Vive-se hoje em uma era marcada pela revolução tecnológica e por novos padrões de comportamento que trouxeram visíveis alterações em todos os campos da vida social e com o Direito não poderia ser diferente, pois “sempre importante lembrar que o Direito é fato social e que o fenômeno jurídico é resultado da realidade social, emanando desta por meio dos instrumentos e instituições destinados a formular o Direito” (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

Apesar das alterações pelas quais o currículo e o programa do ensino

jurídico passaram nesses quase dois séculos de existência no Brasil, a verdade é que ainda hoje os Cursos de Direito de um modo geral continuam voltados à exegese da letra fria da lei, formando juristas alheios à realidade que os cercam. Parte dos docentes ensina hoje o que, e da mesma forma, que aprenderam no passado. Assim, os operadores do direito mostram-se despreparados para enfrentar os desafios que a prática jurídica impõe. E sejam operadores do direito e como professores insistem em permanecer como meros transmissores de um conhecimento arcaico e dogmático.

Essa discussão e problema têm enormes repercussões que vão além simplesmente da organização curricular dos Cursos de Graduação em Direito. Refletem questões mais amplas e que dizem respeito aos temas da linguagem jurídica, do acesso à justiça, do poder dos profissionais do direito, além do próprio ensino jurídico. O que é preciso finalmente pontuar sobre essas interligações e interdependências e que expressam a dificuldade dos Cursos de Direito em superar estruturalmente a divisão entre teoria e prática até hoje reinante diz respeito tanto ao capital simbólico do campo jurídico e de seu *habitus* próprio ligados à monopolização de nichos de mercado de atuação. Trata-se de estratégias retroalimentadas na prática profissional de um grupo que compartilha um dado conjunto de valores e de ideias organizador de sua visão e divisão compartilhada de mundo, que disputam os mesmos capitais jurídicos os quais constituem um espaço social delimitado de reconhecimento entre pares e de sua diferenciação em relação àqueles que não pertencem ao mesmo campo (IGNÁCIO e BARBOSA, 2016).

Boaventura de Souza Santos adverte sobre a necessidade de reforma dos planos pedagógicos do ensino jurídico brasileiro, substituindo-o por um ensino de cunho construtivista, atrelado a uma formação mais humanística, que prime não apenas por formar um profissional do Direito (técnico-dogmático), mas um cidadão preocupado com as questões sociopolíticas do País. Acrescenta, por último, que deve haver uma formação baseada em uma “ecologia de saberes”, fundada no reconhecimento da pluralidade de conhecimentos heterogêneos – científicos e não científicos –, teóricos e práticos, buscando fomentar uma cultura jurídica democrática, e utilizadora de práticas emancipatórias do Direito,

que se oriente ao maior envolvimento e participação dos cidadãos por meio de procedimentos discursivos (SANTOS e SOARES, 2017).

6. Procedimentos metodológicos

O percurso metodológico que orientou a elaboração do produto resultante para o Mestrado Profissional fundamentou-se em uma revisão da literatura, anteriormente apresentada, seguida de sistematização e validação das informações. Abrangeu também uma série de articulações institucionais descritas posteriormente.

A revisão da literatura foi do tipo “narrativo”, desenvolvida a partir da consulta a artigos, relatos de experiência e demais publicações correlatas disponibilizadas em base de dados online, acrescida de legislação e diretrizes vigentes. Utilizou-se de forma auxiliar os descritores “tuberculose”, “Direito à Saúde” e “prisões” os quais foram combinados entre si em diferentes arranjos.

Após a revisão da literatura, foi iniciada a etapa de sistematização e validação das informações coletadas. Foram consultados especialistas com expertise em criação e utilização de *newsletter*, para obter sugestões.

A proposta de ferramenta multimídia abrangendo *mail-list* e informação por *newsletter*, produto final do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, destinou-se ao Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, isto é, aos Promotores de Justiça com atuação na área da execução criminal e saúde pública. Optou-se por este público-alvo tendo em vista que o tema desenvolvido está diretamente relacionado com as atividades funcionais da mestranda e em razão de que foi possível incluir o produto final em projeto institucional pela Subprocuradoria de Justiça de Gestão Estratégica, conforme se descreve adiante.

Os demais integrantes do público-alvo (Juizes de Direito, Defensoria Pública e servidores da Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE) receberão o produto por meio de convênio ou outro instrumento administrativo de escolha do Procurador-Geral de Justiça.

6.1 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Considerando que a proposta não envolvia pesquisa com seres humanos, não houve necessidade de encaminhá-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade.

Cabe ressaltar que a mestrande e seu orientador não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

6.2 Dinâmica de desenvolvimento do produto

A mestrande, por inserção profissional, participa de reuniões do Comitê Estadual de Combate à Tuberculose do Rio Grande do Sul, fóruns e audiências públicas relacionadas ao tema da tuberculose no sistema prisional. Soma-se à atividade funcional da aluna, a demanda de investigações sobre o tema tuberculose no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre na forma de inquéritos civis públicos. Adiciona-se ainda a pesquisa bibliográfica e técnica pertinente à revisão de literatura.

Inicialmente, foram realizadas reuniões com a assessoria do gestor institucional no Ministério Público (Subprocuradoria-Geral de Justiça para Assuntos de Gestão, Gabinete de Assessoramento de Gestão Institucional, Assessoria de Imagem Institucional e Centro de Apoio de Defesa dos Direitos Humanos) a fim de que a mestrande pudesse expor os objetivos do produto. Essas reuniões serviram também para que a equipe de criação conhecesse a temática que seria trabalhada com intuito de criação do *banner* no site institucional que será utilizado como meio da ferramenta educacional. A abordagem pedagógica que norteou a concepção de uso da *newsletter* foi fundamentada em artigos científicos consolidados com embasamento teórico e científico com vistas ao estímulo do pensamento crítico para a resolução de problemas.

Em razão do cenário e do público-alvo não se investigará o que os participantes podem e/ou deveriam saber, mas o foco foi no que poderão conhecer e desenvolver como experiência de aprendizagem para aperfeiçoamento de sua atuação funcional.

6.3 Relato das principais atividades relacionadas

A Promotoria de Justiça investiga a execução de políticas públicas no âmbito da saúde pública. Nesse contexto, investigações foram instauradas para averiguação da implantação das políticas relacionadas ao combate da tuberculose. Consabido que o norte das ações de combate e prevenção da doença foi alterado em 2017 com novo plano de combate à tuberculose denominado *Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública – Brasil Livre da Tuberculose*. Em consequência, foi instaurado inquérito civil público para investigar especificamente as ações decorrentes adotadas pelos órgãos públicos no sistema carcerário do Estado do Rio Grande do Sul (Inquérito Civil Público nº 01128.00138/2017). O inquérito civil tramita com a classificação de público.

Em razão do trabalho, no dia 5 de outubro de 2017, o Ministério Público sediou evento conjunto com o Comitê Estadual de Combate à Tuberculose. O evento contou com autoridades do Ministério Público do Rio Grande do Sul, Poder Judiciário, Secretaria Estadual da Saúde, Poder Legislativo estadual, Câmara de Vereadores e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, de órgãos da Segurança Pública do Estado (Polícia Civil, Brigada Militar, Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE), controle social e sociedade civil. O objetivo principal foi levar a conhecimento de todos os órgãos mencionados o caráter epidêmico da doença em Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul, principalmente no sistema carcerário gaúcho, e incentivar a atuação intersetorial e multidisciplinar no combate à doença. Na sequência desta atuação multidisciplinar e intersetorial, ocorreu em 5 de setembro de 2018, sediada pelo Ministério Público Estadual, capacitação para servidores da SUSEPE acerca de ações e prevenções para o combate à tuberculose no sistema prisional.

As ações são contínuas e permanentes tanto no âmbito da atuação extrajudicial do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, tanto pela Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos como pela Promotoria de Justiça Especializada de Execução Criminal.

6.4 Etapas de aprovação do produto perante a gestão do Ministério Público do Rio Grande do Sul

É importante reconhecer as limitações, seja para repensar e propor novos espaços e instrumentos para estruturação eficiente, eficaz, resolutive, equânime com vistas ao fortalecimento da gestão pública e à ampliação da base de sustentação do Sistema Único de Saúde. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

Cientes da importância do papel do Ministério Público neste cenário, o pedido de apresentação do então projeto de mestrado para a Administração Superior do Ministério Público foi aceito. A primeira entrevista ocorreu em meados de maio de 2017, estando presentes a Subprocuradora-Geral de Justiça para Assuntos de Gestão Estratégica, Dra. Ana Cusin Petrucci, a Coordenadora do Centro de Apoio dos Direitos Humanos, Dra. Ângela Salton Rotunno, Dr. Clóvis Braga Bonetti, Promotor de Justiça Assessor, Dra. Diomar Jacinta Rech, Promotora de Justiça Assessora, e André Jacó Schnorrenberger, servidor da Subprocuradoria mencionada no Gabinete de Assessoramento de Gestão Institucional. Na oportunidade, foi apresentada cópia do projeto para análise institucional.

O pedido tramitou internamente sendo que em outubro de 2017 foi solicitada a formalização do pedido, com o encaminhamento de cópia do projeto, com declaração firmada pelo orientador, por meio de protocolo virtual dirigido à Administração Superior. O projeto foi aprovado em 16 de novembro de 2017, pelos órgãos da Administração Superior, acima citados.

A partir da aprovação ocorreu reunião da mestranda com a unidade de Assessoria de Imagem e Comunicação do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul quando teve início o processo de criação da revista digital. A assessoria de imagem ficou encarregada de estabelecer o fluxo de comunicação com a Assessoria de Informática da instituição (janeiro de 2018 a setembro de 2018).

A Assessoria de Imagem discutiu a execução e implantação da revista digital também com o Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos, órgão que será responsável pela divulgação e supervisão da revista digital.

Como produto dos encontros entre a Assessoria de Imagem, a Assessoria de Informática, e o Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos foi decidido e comunicado à mestranda que a revista será operacionalizada por meio de

um *banner* institucional sediado na página do Centro de Apoio dos Direitos Humanos – CAODH. A revista terá divulgação no âmbito interno do Ministério Público do Estado do Rio sendo que a publicação estará disponível na intranet. A produção de material didático digital envolverá esforço de equipe multidisciplinar do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul.

O banner foi denominado *Saúde e Bem-Estar* em razão da revista proporcionar acesso ao material relacionado à tuberculose, à saúde pública e bem-estar.

A instalação do *banner* e o início da divulgação dos materiais com informações, artigos, pareceres, produção acadêmica e científica sobre tuberculose, tuberculose no sistema prisional, saúde pública, e bem-estar com ênfase em práticas integrativas à saúde ocorrerá no período de dezembro de 2018 a julho de 2019.

O conteúdo será organizado por meio de hipertextos e hiperlinks, sendo que o usuário poderá interagir com o conteúdo acessado por iniciativa própria e de acordo com seu interesse. Ainda não será possível implantar ferramenta de avaliação do usuário diretamente no conteúdo publicado. Todavia, será disponibilizado o endereço eletrônico do Centro de Apoio Operacional do Ministério Público para fins de envio de críticas e sugestões. A instituição pretende que a revista seja aberta a fim de que outros membros interessados possam colaborar para inclusão de conteúdos sobre a temática referida (saúde e bem-estar).

7. O Produto

O produto elaborado trata-se de material na categoria multimídia de conteúdo educacional que se constituirá em recurso didático para Ensino em Saúde. Para tanto, foi empregada tecnologia da informática (*mail-list*) e da informação (*newsletter*) para o Ensino em Saúde com embasamento teórico. Foi instrumentalizado por meio de *banner* instalado na página do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos na intranet do Ministério Público Estadual. A caracterização e o conteúdo proposto para os quatro números iniciais da revista a serem lançados em 2019 bem como um protótipo do primeiro número da *newsletter* encontram-se no Apêndice.

Figura 6. *Banner* da Revista eletrônica “Saúde e Bem-Estar” do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul instalado na página do Centro de Apoio dos Direitos Humanos – CAODH do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul



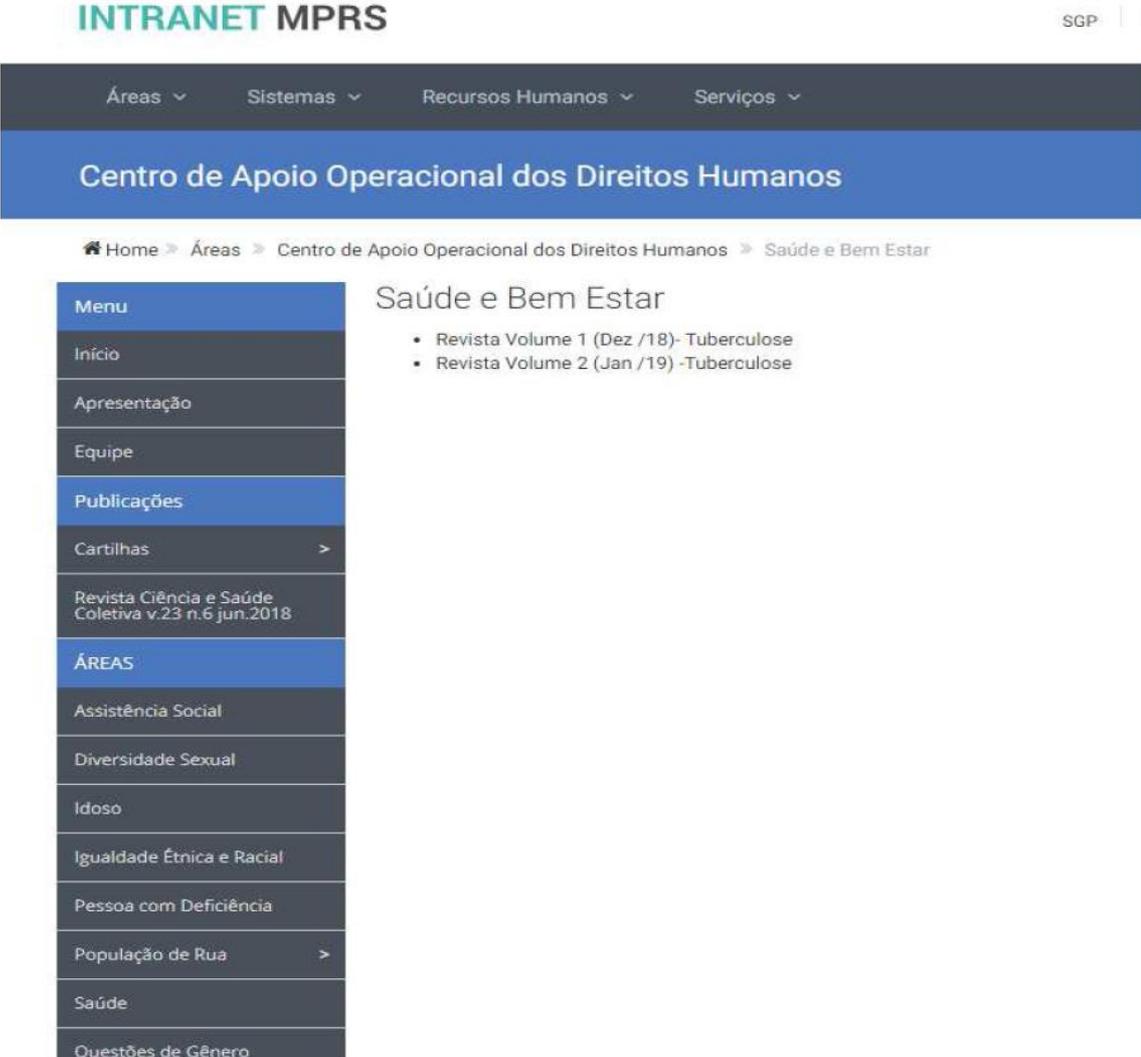
7.1 Divulgação

O informativo da publicação ocorrerá mensalmente por meio da *mail-list* institucional do Ministério Público. A *newsletter* será publicada por meio de *banner* criado pela Assessoria de Imagem do setor de Assessoria de Imagem Institucional. O *banner* foi instalado de modo permanente na página do Centro de Apoio Operacional de Direitos Humanos do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. O acesso será livre para membros (Promotores de Justiça e Procuradores de Justiça), servidores e estagiários. A responsabilidade de alimenta-

ção (apresentar o material de aprendizagem, prover a orientação e a realimentação com vistas à aprendizagem) da ferramenta é da mestrandia.

7.1.1 Tela da página do Centro de Apoio dos Direitos Humanos – CA-ODH do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul relativo ao produto

Figura 7 – Publicação da *newsletter* no dia 1º de fevereiro de 2019



The screenshot displays the INTRANET MPRS interface. At the top, the header includes the logo 'INTRANET MPRS' and the acronym 'SGP'. A navigation bar contains links for 'Áreas', 'Sistemas', 'Recursos Humanos', and 'Serviços'. Below this, a blue banner identifies the 'Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos'. A breadcrumb trail shows the path: Home > Áreas > Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos > Saúde e Bem Estar.

The main content area is divided into two columns. The left column is a vertical menu with the following items: 'Menu', 'Início', 'Apresentação', 'Equipe', 'Publicações', 'Cartilhas', 'Revista Ciência e Saúde Coletiva v.23 n.6 jun.2018', 'ÁREAS', 'Assistência Social', 'Diversidade Sexual', 'Idoso', 'Igualdade Étnica e Racial', 'Pessoa com Deficiência', 'População de Rua', 'Saúde', and 'Questões de Gênero'. The 'Publicações' item is highlighted in blue.

The right column is titled 'Saúde e Bem Estar' and contains a list of two publications:

- Revista Volume 1 (Dez /18)- Tuberculose
- Revista Volume 2 (Jan /19) -Tuberculose

7.2 Implicações do material educacional *newsletter* “Saúde e Bem-Estar”

O produto do Mestrado Profissional centra-se em um material educacional destinado aos operadores do direito. E que, mais especialmente, tenham exercício da atividade funcional vinculada ao sistema prisional. Do que se conclui necessário o aprendizado acerca de temas relacionados com saúde pública e tuberculose no sistema prisional.

Cada língua obedece às próprias regras de gramática e de sintaxe, tendo seu próprio vocabulário que estabelece a sua singularidade. Contudo, essas regras próprias obedecem a profundas estruturas comuns a todas as línguas. A escrita oferece a possibilidade de registro, para além da memória individual, e de crescimento indefinido dos conhecimentos. A linguagem depende de uma sociedade, de uma cultura, de seres humanos que, para se realizar, dependem da linguagem. O homem faz-se na linguagem que o faz. A linguagem permite a emergência do espírito humano, necessário a todas as operações cognitivas e práticas, inerente a toda organização (MORIN, 2012).

Falar de ferramenta da comunicação e aprendizagem sugere que possamos falar da estruturação do processo de aprendizagem em direitos humanos.

Em particular, após a obra de Piaget (DEMO, 2004), tornou-se mais comum entender a aprendizagem como fenômeno reconstrutivo, no sentido tendencialmente político de capacidade histórica do sujeito de fazer história própria individual e coletiva, mesmo que muitas pesquisas recebam a suspeita de excessivo estruturalismo (fases dadas da evolução da aprendizagem). Entendemos por aprendizagem reconstrutiva aquela marcada pela relação de sujeitos e que tem como fulcro principal o desafio de aprender, mais do que de ensinar (DEMO, 2004). Talvez a perspectiva mais interessante seja a descoberta do teor político da aprendizagem, para além das formulações vagas e exacerbadas sobre “transformação social” destituídas de satisfatória instrumentação teórica e metodológica (DEMO, 2004).

Ainda associando a ferramenta de comunicação com aprendizagem e conhecimento (GUSTIN, 2004), pode-se sustentar que a questão está, antes de

tudo, em nível epistemológico. Ou seja, não basta conhecer, mas “conhecer o conhecimento”, segundo Edgar Morin, ou “aprender a aprender”, em Ramón Capella. Problematizar o conhecimento é, afinal, permitir “que se tornem sujeitos históricos de seu próprio conhecimento, conscientes de suas capacidades e habilidades de conhecer e de questionar as formas e os conteúdos desse conhecimento” (GUSTIN, 2004).

Não temos a pretensão a partir da ferramenta educacional “ensinar” os operadores do direito a aprender. Cria-se instrumento de compartilhamento do conhecimento a fim de possibilitar o debate, a construção e porque não, a consolidação do princípio da dignidade humana e do direito à saúde da população prisional.

A aprendizagem inovadora (GUSTIN, 2004) exige *historicidade e interdisciplinaridade* como condições do saber. Imperioso destacar a interdisciplinaridade exaltada no decorrer deste Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional. Entende-se como interdisciplinaridade como o olhar que vai do objeto formal de conhecimento ao objeto material de onde foi derivado (GUSTIN, 2004), passando-se, então, à “contemplação deste sob a perspectiva de outras ou outras disciplinas distintas, que também o estudam”. (GUSTIN, 2004).

A solução para o problema do sistema prisional brasileiro se encontra na interdisciplinaridade, na intersetorialidade, na transversalidade, na conjugação de esforços de todos que atuam no cenário prisional. Está vinculada à interdisciplinaridade, à cooperação e à criticidade. Por sua vez a demanda da cooperação, no sentido que se atribui, é a capacidade de manutenção da intersubjetividade na produção, expansão e crítica do conhecimento (GUSTIN, 2004). A cooperação também é aprendizado (GUSTIN, 2004). A exigência da interdisciplinaridade é forma de disseminação dos saberes (GUSTIN, 2004).

Isto supõe uma inesgotável comunicação na produção e aplicação do conhecimento produzido, uma interatividade que “pode” começar na universidade, mas que se conclui em seu ambiente externo quer nas comunidades sociais em geral, nos próprios campos profissionais ou científicos ou, para o desenvolvimento do senso comum (GUSTIN, 2004).

Cada operador do direito tem sua própria vivência, sua apreensão do conhecimento, seu comprometimento social e profissional, e por consequência, sua trajetória social. Nesse contexto, as trajetórias sociais podem ser entendidas

nas dinâmicas específicas das sociedades e das organizações onde se desenvolvem. Pois devem ser estruturas que se interligam. O aprendizado do operador do direito deve estar associado com as demandas sociais. O operador do direito quando aprende deve adequar seu conhecimento às características da sociedade, aos grupos profissionais e aos novos tipos de organizações sociais.

Na trajetória do aprendizado as carreiras jurídicas devem pressupor o (re) pensamento, a reinvenção do mundo, a compreensão dos fenômenos sociais, dos processos de deliberação democrática, a aproximação das necessidades sociais. Aquele que aprende no âmbito da Ciência do Direito e também ensina, deve compreender o caráter efetivamente social das áreas de conhecimento, e sua inserção como parte efetiva do mundo da vida.

Portanto, é elemento indispensável ao agir do profissional do direito com atuação no sistema prisional um (re) pensar coletivo. Deste modo, defender a noção de pertencimento social de uma sociedade transformadora capaz de “dar conta” da complexidade social que se impõe na comunidade prisional.

Propõe-se ao operador do direito que atua no âmbito da execução criminal (GUSTIN, 2004): (i) O esforço para a manutenção da dignidade humana; (ii) A reversão do processo de expropriação da pessoa humana e de sua capacidade de participação e de inclusão sociocultural; (iii) A promoção do reconhecimento de outras formas de saber que ao se interagirem promovem a valorização de um conhecimento mais próximo das condições e características da realidade; (iv) O estímulo a uma ciência que subordine o saber técnico (sem desprezá-lo) a um saber ético e que se comprometa com os valores mais amplos da sociedade humana democrática e, inclusive, com as consequências de sua produção científica em relação à sociedade e seu entorno ambiental Propõe-se que uma primeira forma de inserção no mundo científico, em nosso caso, “científico-jurídico” é a autorreflexão sobre seu “fazer” e sobre as “formas de compromisso” que se estabelece [...] a isto chamamos (re)pensar, (re)fazer coletivo).

Por essas razões os operadores do direito (GUSTIN, 2004) devem se abrir para a efetivação das exigências de criticidade, cooperação, interdisciplinaridade, dialogicidade e, muito especialmente, de emancipação. O processo ensino-aprendizagem deste operador do direito deve compreender novas formas de regulação, de resolução de conflitos e de aplicação dos direitos sociais.

Sem educação não se realizam os direitos humanos. Partindo dessa premissa, temos desde uma perspectiva inaugural, que cumpre destacar a contribuição da educação a favor dos direitos humanos. Destaca-se o papel da educação para a compreensão, divulgação e conscientização dos direitos humanos. O valor dos direitos humanos como concepção educativa e estratégia didático-organizativa para uma pedagogia da vida e da afirmação da alteridade. Estamos destacando a importância da concretização de uma política educacional desenhada desde e para os direitos humanos (WARAT, 2004).

A educação jogando um papel fundamental em relação aos direitos humanos; e isto como mola propulsora de uma pedagogia da vida e da esperança em um mundo com mínimas incidências dos modos da opressão e da exclusão. Estamos reivindicando e mostrando as respostas e contribuições sobre os direitos humanos; e ao mesmo tempo reivindicando as contribuições das práticas e dimensões simbólico-políticas dos direitos humanos como uma resposta radicalmente modificadora das concepções educacionais dominantes na condição moderna (WARAT, 2004).

Com a ferramenta educacional proposta pode-se dizer que se trata de projeto integrado entre educação e direitos humanos. Projeto educacional que proporciona viver, desfrutar, consolidar direitos humanos. Projeto de educação permanente que permite desenvolver compreensão e o aprendizado do valor existencial, que implica para os excluídos e os esquecidos da comunidade prisional, o exercício das práticas reivindicatórias de seus direitos de alteridade (as pessoas que precisam aprender o valor da vida através da realização dos direitos humanos; a biopolítica resistida e contestada por uma concepção dos direitos humanos); e, finalmente, que possibilita fomentar um estado de opinião (WARAT, 2004) que leve a pensar que qualquer violação dos direitos humanos em qualquer lugar do mundo não nos pode deixar indiferentes, sendo de todos responsabilidade de evitá-las.

Devemos aprender a ser solidários em termos dos direitos humanos, sentindo que quando alguém é violentado em seus direitos, estamos obrigados a reagir como se estivéssemos diante de uma ameaça à sobrevivência da espécie, como se faltasse o ar que respiramos (WARAT, 2004).

As pessoas encontram sua identidade, constroem sua subjetividade, aprendem a entender o sentido do mundo e a administrar seus conflitos de modo

pacífico através de uma pedagogia baseada numa concepção dos direitos humanos (WARAT, 2004).

Assim, é possível afirmar que o material educacional criado como produto do trabalho de conclusão concentra-se na função pedagógica da argumentação e do seu uso como método de aprendizagem. Esta abordagem combina a aprendizagem colaborativa apoiada pelo computador com métodos que privilegiam a argumentação, experimentando distintas ferramentas eletrônicas, como por exemplo, *revistas online*, links, *chats*, *interfaces*, ferramentas de mapeamento *online*. Fornecer instrumentos de apoio computacionais demonstrou ser um fator positivo de apoio às atividades argumentativas.

8. Considerações finais

A demografia e o perfil da população privada de liberdade demonstram claramente a falência do sistema prisional brasileiro e a necessidade da mudança de paradigma compondo esforços intersetoriais e investimentos em alternativas penais e em estratégias políticas voltadas para o egresso do sistema, reduzindo-se, assim, os gastos públicos com novas edificações e contratações de novos recursos humanos e ampliando a possibilidade de integrar esses sujeitos na sociedade (SOARES e BUENO, 2016).

Neste contexto, como assegurar a saúde das pessoas privadas de liberdade (SANCHÉZ *et al.*, 2016)? É evidente que se deve, incansavelmente, atuar para dar maior visibilidade ao problema, introduzi-lo no debate público, melhorar as condições de encarceramento e o sistema de saúde penitenciária, incitando, inclusive, os órgãos fiscalizadores a intervir. Além disso, é necessário que a elaboração e a experiência de estratégias de saúde, mantendo a independência em relação à administração penitenciária e à hierarquia dos presos, considerem as especificidades da vida em cada unidade prisional, com suas linhas de distribuição de poder, seus equilíbrios e regras.

Isto implica em levar em conta não só as exigências de segurança, mas também a influência da hierarquia dos presos aos quais são “delegadas” incumbências com grande impacto sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade, como o acesso ao serviço de saúde e à alimentação, o que gera grandes iniquidades. É importante também não negligenciar as necessidades de saúde dos agentes penitenciários que estão expostos ao stress e ao de risco de infecções compartilhado com as pessoas privadas de liberdade.

Realidades como a circulação e o consumo de drogas na prisão devem ser reconhecidas pela administração penitenciária para que possam ser desenvolvidos programas de redução de riscos cuja realização, como demonstra a experiência francesa, inclua todos os atores da vida carcerária. Este exemplo e vários outros números evidenciam que é possível promover a saúde no contexto carcerário desde que a prisão seja considerada como um lugar de vida e as pessoas privadas de liberdade reconhecidas como pessoas que, quando doentes,

têm o direito de serem tratadas sem qualquer discriminação (SÁNCHEZ *et al.*, 2016).

Para enfrentar esse problema é preciso ampliar a participação da comunidade carcerária, entendida como aqueles que vivem, trabalham e atuam de diferentes formas nesse espaço: população privada de liberdade e suas famílias, Atenção Primária da Saúde com atuação na área, profissionais de saúde, assistentes sociais, professores, agentes religiosos, advogados e outros. As iniciativas voltadas para o controle da tuberculose no âmbito do sistema prisional demonstraram a exequibilidade e o impacto dessa abordagem (CASTRO, SÁNCHEZ, LAROUZÉ, 2014).

Outras iniciativas são importantes, a exemplo, incluir a formação e capacitação das próprias pessoas privadas de liberdade para atuarem como promotores de saúde, disseminando informação sobre a tuberculose, colaborando na detecção de casos, melhorando a comunicação entre os detentos e o serviço de saúde. Estreitar os canais de comunicação da comunidade prisional com os profissionais do direito que atuam no âmbito da execução da pena definindo fluxos de trabalho compartilhados entre todos. Utilizar canais de circulação de informação com a utilização de folders, cartazes, revistas em quadrinhos, vídeos, músicas e peças teatrais para esclarecimento da doença.

A tuberculose pode ser pauta nas escolas em atividade dentro do sistema prisional, colaborando para a informação da população carcerária. Professores e agentes religiosos, por sua grande credibilidade junto aos detentos, têm grande força, se estimulados a atuarem como parceiros em ações de prevenção. Quanto aos profissionais de saúde, importante discutir e definir processos de trabalho, normas e rotinas para racionalizar as práticas, favorecendo a integração entre os profissionais que atuam intra e extramuros. No ambiente carcerário, o diálogo entre esses atores é complexo.

Entretanto, o impacto no aumento da oferta de cuidados ficará limitado se a implementação da nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) não for acompanhada do reconhecimento das pessoas privadas de liberdade como interlocutores válidos e dos vários atores da “comunidade carcerária” como parceiros nesse processo. Mais ainda, é preciso superar a indiferença da sociedade pelo que se

passa atrás dos muros da prisão para que a superlotação, o desconforto, a violência e a insalubridade não sejam mais consideradas como “normais” e que as PPL possam ver respeitados seus direitos à vida e à saúde (CASTRO, SÁNCHEZ, LAROUZÉ, 2014).

É uma resposta difícil, que passa por uma questão sociocultural: as pessoas não se conscientizam de que os presos têm os mesmos direitos mínimos existenciais (vida e saúde, por exemplo) que as pessoas livres e esse pensamento reflete na sociedade majoritariamente. O Ministério Público está sempre recorrendo das decisões judiciais que contrariam a garantia a esses direitos mínimos fundamentais (PUPPIM, 2016).

Debater saúde prisional e responsabilidade do estado (PUPPIM, 2016) passa pela decisão judicial que define a pena a ser cumprida pelo sujeito de direitos. Temos medidas alternativas como a prisão domiciliar, a tornozeleira eletrônica. Temos a medida de proibição de saída de fim de semana, de recolhimento noturno, de comparecimento mensal ao Juízo para justificar suas atividades. Possuímos a proibição de aproximação de determinadas pessoas, a proibição para saída da comarca sem autorização e, enfim, também pode ser determinado o recolhimento do passaporte.

Para essas medidas, por outro lado, exige-se do estado a criação de mecanismos de controle rígido. Toma-se como exemplo, como o sistema controla efetivamente se a pessoa saiu da Comarca? No entanto, caso esta venha a ser flagrada descumprindo uma dessas condições, ela obviamente perde o direito ao benefício e será recolhida à prisão. O fato é que ainda existe muita desconfiança pela sociedade, que em sua maioria não aceita essas medidas alternativas, e só enxergam a prisão como única resposta, que deve ser imediata, não sendo aceitável que se aguarde o trânsito em julgado para ser aplicada, conforme preconiza a Constituição Federal (PUPPIM, 2016).

Esse é o espírito das ações intersetoriais e da inclusão das políticas públicas transversais à penal, sendo imprescindível uma maior aproximação e consequente envolvimento de todos os gestores públicos e da comunidade na busca da solução de seus conflitos sociais (SOARES e BUENO, 2016).

REFERÊNCIAS

ABREU, Ricardo Gadelha de *et al.* **Tuberculose e diabetes: relacionamento probabilístico de bases de dados para o estudo da associação entre ambas doenças.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 359–36, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00359.pdf> e <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200013>. Acesso em 11/06/2017.

ACOSTA, Lisiane Morella Weide; **BASSANESSI**, Sérgio Luiz. **O paradoxo de Porto Alegre: os determinantes sociais e a incidência da tuberculose.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, n. 17, supl. 2, p. 88-101, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000600088&lng=en&nrm=iso. access on 05 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400060008>. Acesso em 25/10/17.

ALBUQUERQUE, Mariana Versecide *et al.* **Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3151-3161, 2018. Acessado em 06/01/2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003151&lng=pt&nrm=iso e em <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13032018>. Acesso em 25/20/16.

ALCANTARA, L. de M. *et al.* **Ações Para Controle Da Tuberculose No Sistema Penitenciário Masculino**, *Revista de Enfermagem – UFPE*, Recife, vl. 8, n. 11, p. 3823–3832, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.5205/reuol.6679-58323-1-ED.0811201402> e em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10128/10620>. Acesso em 11/06/2017.

ALMEIDA, Bruno R. **Ilusão total e diferença. Dilemas Sobre O Sistema Prisional Brasileiro.** *Revista transgressões: ciências criminais em debate*, UFRN, Natal, v. 5, n. 2, maio 2017. Disponível em <https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/download/12102/8426/>. Acesso em 11/06/2017.

BOBBIO, Norberto. **Igualdade e liberdade.** 3ª ed. Rio de Janeiro, Ediouro, 1997.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional.** 25ª ed. São Paulo, Malheiros Editores, 2009.

BRAND, Évelin Maria. **Perfil dos Casos de Coinfecção Tuberculose/HIV/AIDS a Partir do Desfecho Internação em Porto Alegre, entre 2009 e 2013.** Porto Alegre, Salão de Iniciação Científica, p. 12-16, set. 2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/155053>. Acesso em 11/06/2017.

BRASIL. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Publicada no Diário Oficial de 13 de julho de 1984, p. 10.227.

BRASIL. Lei 7347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 25/07/1985, p. 10649.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988), 5 de outubro de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Publicada no Diário Oficial da União (191-A), de 05 de outubro de 1988, p. 01.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União, 20/09/1990, p. 18055.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.203, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Publicada no Diário Oficial da União nº 216, em 6 de novembro de 1996, Seção I, pág. 22932.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n 29, de 13 de setembro de 2000. Dispõe sobre os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Publicada no Diário Oficial da União em 14/09/2000, p.1.

BRASIL. Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. Regulamenta a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde e outros. Publicada no Diário Oficial da União em 16/04/2002, p. 1.

BRASIL. Lei 9836, de 23 de setembro de 2002. Acrescenta dispositivos à Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Publicada no Diário Oficial da União em 24/09/1999, p.1.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n 42, de 19 de dezembro de 2003. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 31/12/2003, p. 3.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília, 2004. Disponível em bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/ProgramaTB.pdf e <http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/tuberculose.pdf>. Acesso em 26/05/2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) n. 9 de 29 de setembro de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Direito e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 1º de outubro de 2004, Seção 1, p. 17

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n 51, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Publicada no Diário Oficial da União em 15/02/2006, p.1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova diretrizes Operacionais do referido Pacto. Publicada no Diário Oficial da União em 23 de fevereiro de 2006, Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 687, de 30 de março de 2006, Aprova a Política de Promoção da Saúde. Publicada no Diário Oficial da União em 31/03/2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 822/GM, de 17 de abril de 2006, Altera critérios de definição de modalidades das Estratégias de Saúde da Família dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822_17_04_2006.html. Acesso em 05/02/1029.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.920, de 2 de dezembro de 2008, Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que atuem em áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2920_02_12_2008.html . Acesso em 05/02/2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, [online], 2010. Disponível em em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em 25/10/16.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 05/02/2019.

BRASIL. Lei 12. 401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação tecnológica em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Publicada no Diário Oficial da União em 29/04/2011, p. 1.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da União, 29/06/2011, p.1.

BRASIL. Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011. Dispõe sobre as Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretaria Municipal de Saúde (CONASEMS), suas respectivas composições e outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 25/08/2011, p. 1.

BRASIL. Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do §3º do art. 37 e no §2º do art. 216 da Constituição federal; altera a Lei 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 18/11/2011, p.1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 05/02/2019.

BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Município; estabelece critérios de rateio de recursos e transferências para a saúde, normas de fiscalização e controle de despesas com saúde nas três esferas de governo. Publicada no Diário Oficial da União em 16/01/2012, p. 1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro 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). Publicada no Diário Oficial da União em 03/01/2014, n. 2, Secção 1, página 18.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n 90, de 15 de setembro de 2015. Dá nova redação ao art. 6º da Constituição Federal, para introduzir o transporte como direito social. Publicada no Diário Oficial da União em 16/09/2015, p.1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional para o Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em 05/02/2019.

BUSATTO, Caroline et al. Tuberculose entre profissionais de penitenciárias do Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 70, n. 2, p. 370-375, abr. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200370&lng=pt&nrm=iso e em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0012>. Acesso em 21/9/2018

CASTRO, Vilma Diuana. SÁNCHEZ, Alexandra. LAZOURÉ, Bernard. Para uma abordagem comunitária da saúde penitenciária. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 111-21, 2014.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00111.pdf> e em <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400020001>. Acesso em 1º de out./2018.

CECCON, Roger Flores *et al.* **Mortalidade por tuberculose nas capitais brasileiras**, 2008-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 349–358, jun/2017. Disponível em <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200012> e em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200349&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 11/06/2017.

DEMO, P. **Aprendizagem no Brasil: ainda muito por fazer**. Porto Alegre, Mediação, 2004.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** Tradução de Rosisca Darcy de Oliveira. 8ª ed. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1985.

GALLARDO, Helio. **Teoria crítica: matriz e possibilidade de direitos humanos**. 1ª ed. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

GRÁCIO, Rui Alexandre. **Vocabulário crítico de argumentação**. Prefácio de Rui Pereira. Coimbra: Grácio Editor/Instituto de Filosofia da Linguagem da Univ. Nacional de Lisboa, 2013.

GUSTIN, Miracy B. Sousa. **A Complexidade Social e o Ensino do Direito: Novos Conceitos e Papéis**. *Revista da Faculdade de Direito da UFMG*, Belo Horizonte, n. 43, p.199, 2004. Disponível em <https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/download/1264/1197> Acesso em 25/10/2018.

GRINOVER, Ada Pelegrini, org. **O controle jurisdicional de políticas públicas**, 2ª ed. Rio de Janeiro, Forense, 2013.

HABERMAS, Jurgen. **Agir comunicativo e razão descentralizada**. Trad. Lúcia Aragão; rev. Daniel Camarinha da Silva. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 2002.

_____. **Conhecimento e Interesse**. Trad. José N. Heck. 1ª ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1982.

_____. **Teoria do agir comunicativo**, Racionalidade da ação e racionalização social. Trad. Paulo Astor Soethe; rev. Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo, Editora WMF Martins Fontes, 2012.

IGNACIO, Cristiana Damiani, Barbosa, Marco Antonio. **Estágio supervisionado na graduação em direito: a teoria mascarada**. *REDES – Revista Eletrônica Direito e Sociedade*, Canoas, v. 4, n. 2, p. 105-127, nov. 2016. Disponível em <http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/redes> e <http://dx.doi.org/10.18316/2318-8081.16.27>. Acesso em 16/09/2018.

LAROUZÉ, Bernard *et al.* **Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1127–1130, 2015. Disponível em https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1127.pdf e <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010615>. Acesso em 11/06/2018.

LEAL, Rogério Gesta. **FRIEDRICH**, Denise. **Ainda Sobre a Democracia Deliberativa: Um Diálogo com Habermas.** Barbarói - Revista do Departamento de Ciências Humanas da Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Edição Especial n. 44, p. 155-176, jul./dez. 2015. Disponível em <http://unisc.br/pt/publicacoes-ppgd/artigos-ppgd> e em <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/7442/4730> e <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.7442>. Acesso em 19/09/2018.

MICHELETI, Vânia Celina Dezoti. **Programa de controle da tuberculose da Secretaria Municipal de Porto Alegre: a adesão ao tratamento a partir da análise das estratégias da equipe de saúde.** Porto Alegre, 2008, n. 53, Trab. de Curso Especialização, Ciências Sociais Aplicadas, LUME. Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/15628> e <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15628>. Acesso em 25/10/17.

MINAYO, Maria Cecília de S. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, supl.1, p. 07-18, 1994. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso e <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>. Acesso em 25/10/2017.

MONTERO, Paula. **Jürgen Habermas: religião, diversidade cultural e Publicidade.** Novos Estudos do Cebrap, n. 84, p. 199-213, jul.2009.

_____, _____. **Religião, pluralismo e esfera pública no Brasil.** Novos Estudos do Cebrap, n. 74, p. 47-66, mar.2006.

MORIN, Edgar. **O método 5: humanidade da humanidade.** Trad. Juremir Machado da Silva, 5ª ed., Porto Alegre, Sulina, 2012.

OLIVEIRA, Lucia Maria Pereira de, **CARVALHO**, Ana C. Calçado, **ARAÚJO-JORGE**, Tânia C.. **Estratégias Interativas Para a Educação e Promoção da Saúde no Ensino de Jovens e Adultos: Uma Experiência Sobre Tuberculose.** Revista Ciências e Ideias, Rio de Janeiro, v. 08, n. 02, p. 90-107, maio/ago. 2017. Disponível em <http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/reci/article/view/621> e <http://doi:10.22047/2176-1477/2017.v8i2.621>. Acesso em 19/09/2018

OMS. Organização Mundial da Saúde. Tuberculose. Disponível em <http://www.who.int/health-topics/tb/htm>. Acesso em 25/10/16.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Tuberculosis in prisons: the role of Public Health England. Disponível em <https://www.gov.uk/government/publications/tuberculosis-guidance-on-responding-to-incident-and-outbreaks-in-prisons-and-other-places-of-detention>. Acesso em 25/10/16.

OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO (World Health Organization) Europe. Status Paper on Prisons and Tuberculosis. 2007. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69511/E8906.pdf. Acesso em 25/10/16.

ORNELL, Felipe et al. Saúde e cárcere: estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. Sistema Penal e Violência - PUCRS, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 107, 2016. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article/view/22542> e <https://doi.org/10.15448/2177-6784.2016.1.22542>. Acesso em 10/06/2017.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. 16ª ed. rev., ampl. e atual. São Paulo, Saraiva, 2016.

PUPPIM, Érika Bastos Targino. A atuação do Ministério Público no campo da saúde nas prisões. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 21, p. 2161-2169, jul/2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702161&lng=en&nrm=iso e em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.11422016>. Acesso em 21/09/2018.

RIBEIRO, Lourival. A Luta contra a tuberculose no Brasil (apontamentos para a história). Rio de Janeiro, Editorial Sul Americana S.A., 1956.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portal do Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Vigilância em Saúde Epidemiológica. Tuberculose. **Programa Estadual de Controle da Tuberculose do Rio Grande do Sul.** Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br>. Acesso em 25/10/16.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. CEVES. CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Programa Estadual de Controle da Tuberculose. **Tuberculose no Rio Grande do Sul: Relatório Técnico 2014-2015.** Porto Alegre, mar. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA ESTADUAL DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS. Tuberculose no Sistema Penitenciário do Estado do Rio Grande do Sul.

RIVERA, Francisco Javier U., **ALTMANN**, Elizabeth, **LIMA**, Luciana Dias de **Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a01.pdf>. Acesso em 25/10/2018.

RODRIGUES, Eveline. **O contexto da descentralização do tratamento da tuberculose no município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2014, 131 páginas. Dissertação. Mestrado Profissional. LUME. Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/106864> e <http://www.lume.ufrgs.br>. Acesso em 25/10/17.

ROSSETO, Maíra *et al.* **Comunicação Para Promoção Da Saúde: As Campanhas Publicitárias Sobre Tuberculose No Brasil**. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 7, n.1, p. 18-28, jan/fev. 2017. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22801> e em <http://doi:10.5902/2179769222801>. Acesso em 25/06/2017.

RUFFINO-NETTO, Antonio. **Tuberculose: a calamidade negligenciada**. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, v. 35, n. 1, p. 51–58, 2002. Disponível em <http://rms.fmrp.usp.br/upload/file/4%20TB%20-%20A%20Calamidade%20Negligenciada.pdf> e em <https://doi.org/10.1590/S0037-86822002000100010>. Acesso em 11/06/2017.

SANCHÉZ, Alexandra. **LAZOURÉ**, Bernard. **Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2071-2019, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702071&lng=en&nrm=iso e em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08182016>. Acesso em 20/09/2018.

SANCHEZ, Alexandra; **LEAL**, Maria de Carmo; **LAROUZE**, Bernard. **Realidade e desafios da saúde nas prisões**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1996, jul. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000701996&lng=en&nrm=iso e <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08682016>. Acesso em 1º de out. 2018

SANTOS, M. V. dos *et al.* **A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro**. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170033, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200205&lng=en&nrm=iso e em <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170033>. Acesso em 11/06/2017

SANTOS, Fabiana Figueiredo Felício dos; **SOARES**, Mirelle Fernandes. **A Estética do Direito e o Acesso à Justiça: A Linguagem do Direito como Obstá-**

culo ao Sistema de Justiça. Direito e Cidadania, Revista Científica, Universidade Estadual de Minas Gerais – Unidade de Frutal, Frutal, v. 2. p. 1-19, 2017. <https://www.revista.uemg.br/index.php/direitoecidadania/article/view/2925>. Acesso em 29/09./ 2018.

SARLET, INGO WOLFGANG (org.). Dimensões da Dignidade. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. Porto Alegre, p. 61-87, 2005.

_____, ___. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais.** 6ª ed. rev. atual. E ampl. Porto Alegre, Livraria do Advogado, Editora, 2006.

_____, ___. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 3ª ed. rev. atual. e ampl. Porto Alegre, 2004.

SILVA, LUCIANO BRAZ DA. Direito, Razão e Emancipação: Prognóstico para Facticidade e Validade do Direito no Pensamento de Jurgen Habermas. Revista Faculdade de Direito - UFMG, Belo Horizonte, n. 66, p. 499 - 530, jan./jun. 2015. Disponível em <https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/1709> e em <http://doi.org/10.12818/P.0304-2340.2015v66p499>. Acesso em 29/09/2018

STINCER, Gómez Dení. GRYNBERG, Bertha Blum. y Blum, B. (2017). El modelo argumentativo de Toulmin y la eficacia de titulación. Revista Electrónica de Investigación Educativa, Universidad Nacional Autónoma de México, Ensenada, v. 19, n. 4, p. 9-19, 2017. Disponível em http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412017000400009 <https://doi.org/10.24320/redie.2017.19.4.1331>. Acesso em 29/09/2018

SOARES, M. L. M. et al. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. Epidemiologia E Serviços de Saúde, Brasília, v. 26, n. 2, p. 369–378, jun/2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200369&lng=en&nrm=iso e em <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200014>.. Acesso em 11.06.2017.

SOARES FILHO, Marden Marques; Bueno, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. Revista Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, jul/ 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000701999&lng=en&nrm=iso e em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>. Acesso em 21/09/2016.

VALENÇA et al. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2147-2160, jul/2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702147&lng=en&nrm=iso e em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.16172015>. Acesso em 21/09/2018.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Para uma sociologia jurídica no Brasil: desde uma perspectiva crítica e descolonial**. RBSD- Revista Brasileira de Sociologia do Direito, v. 4, n. 3, p. 17-38, set./dez. 2017. Disponível em

revista.abrasd.com.br/index.php/rbsd/article/download/146/133. Acesso em 21/09/2018

WARAT, Luis Alberto. **Epistemologia e ensino do direito**. O sonho acabou. Florianópolis: Boiteux, 2004.

APÊNDICE

Caracterização e conteúdos propostos para a Revista “Saúde e Bem-Estar” (newsletter) do Ministério Público Estadual do Rio Grande do Sul

Caracterização

- Qual é o conteúdo principal da revista eletrônica?
Artigos, pareceres, ensaios, jurisprudência, e outros documentos acerca de saúde e bem-estar.
- Qual é a periodicidade?
Publicação com periodicidade mensal.
- Quem é o público-alvo?
O público alvo são Promotores e Procuradores de Justiça, servidores e estagiários do Ministério Público, Poder Judiciário e Defensoria Pública.
- Qual o foco da publicação em relação à tuberculose?
(i) Tuberculose; (ii) Tuberculose no Sistema Prisional; (iii) Estratégias nacionais, estaduais e municipais de combate à tuberculose; e (iv) Conhecimento agregado com vistas a melhoria nos processos de trabalho envolvendo todo o profissional do direito vinculado ao sistema prisional.

Conteúdos propostos para o número 1 (protótipo ao final)

- **O que é tuberculose.** 1. Causas da doença; 2. Sintomas da Tuberculose; 3. A tuberculose é apenas pulmonar?
- **A Tuberculose no mundo.** 1. Panorama Mundial da doença; 2. Países prioritários; 3. A ONU e a tuberculose; 4. Combate à tuberculose no mundo.
- **A Tuberculose no Brasil.** 1. Panorama nacional da doença; 2. Estados do Brasil considerados prioritários para o combate à doença; 3. Combate à tuberculose no Brasil.
- **A Tuberculose no Rio Grande do Sul.** 1. Panorama estadual da doença; 2. Municípios prioritários para o combate à doença; 3. O combate à tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul (estratégias, participação dos comitês de combate à tuberculose, participação social).

Conteúdos propostos para o número 2 (protótipo ao final)

- **Tuberculose e o Plano Nacional.** 1. Eixos; 2. Estratégias; 3. Avanços e retrocessos.
- **Tuberculose e o Plano Estadual.** 1. Eixos; 2. Estratégias; 3. Serviços Estaduais; 4. Avanços e retrocessos.
- **Tuberculose em Porto Alegre.** 1. Os motivos que levaram a tuberculose ser considerada epidemia em Porto Alegre; 2. Estratégias; 3. Os serviços disponíveis à população em Porto Alegre; 4. Avanços e retrocessos.

Conteúdos propostos para o número 3

- **Tuberculose no sistema prisional.** 1. Panorama nacional da tuberculose no sistema prisional; 2. Panorama estadual da tuberculose no sistema prisional; 3. Panorama da tuberculose no sistema prisional de Porto Alegre.
- **Direitos e Garantias da Pessoa Privada de Liberdade.** 1. Direitos e Garantias à luz dos direitos humanos; 2. Direitos e Garantias à luz da Constituição Federal de 1988; 3. Análise da Lei de Execuções Penais.
- **Plano Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.** 1. Pilares do Plano Nacional; 2. Estratégias propostas pelo Plano Nacional; 3. Avanços e retrocessos.

Conteúdos propostos para o número 4

- **A tuberculose e os determinantes sociais.** 1. O que são determinantes sociais; 2. Como os determinantes sociais têm influência na tuberculose; 3. Como as políticas públicas influenciam os índices da tuberculose.
- **A tuberculose como instrumento de exclusão.** 1. A tuberculose na população em situação de rua; 2. A tuberculose é “doença de pobre”?; 3. O enfrentamento da tuberculose nas corporações públicas e privadas.

Sua forma de transmissão ocorre através do ar, quando o paciente tosse, fala ou espirra, sobretudo quando há proximidade por longos períodos de tempo entre uma pessoa infectada e uma pessoa saudável, como, por exemplo, pessoas que moram na mesma residência. Dessa forma, a forma de tuberculose que gera transmissão para outras pessoas é a pulmonar em praticamente todos os casos.

Os principais sintomas são tosse prolongada (por mais de três semanas) com ou sem catarro, cansaço, emagrecimento, febre (noturna) e suor noturno. Não é comum a tuberculose ser transmitida através de abraços, de talheres ou de lençóis. Os bacilos são destruídos quando em contato com o sol. Além disso, ambientes arejados diminuem o risco de transmissão.

Fonte: página da Secretaria Estadual de Saúde – CEVS (Centro Estadual de Vigilância em Saúde) - <https://cevs.rs.gov.br/inicial>

A Tuberculose é problema de saúde pública mundial

A Tuberculose no Mundo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou recentemente um relatório alertando para o número de casos de tuberculose no mundo. Em 2016, mais de 1,6 milhão de pessoas perderam a vida para a doença.

De acordo com a OMS, a tuberculose é a principal doença infecciosa do mundo e causa em torno de 5 mil mortes por dia globalmente. Dos países de língua portuguesa, Angola, Brasil e Moçambique estão entre as 20 nações com o maior número de casos. Fazem parte da lista ainda China, Coreia do Norte, Nigéria, Paquistão e Rússia, entre outros.

O Brasil também se encontra entre os seis países com altos números de casos de tuberculose e HIV ao lado de Congo, Gana, Guiné-Bissau, Indonésia e Libéria. A OMS revela que dos 10,4 milhões de notificações no ano passado, quase 20% eram devido à subnutrição, 1 milhão por causa do HIV e 1,6 milhão devido à diabetes e ao fumo combinados.

A maioria dos óbitos por tuberculose, 1,3 milhão, ocorre em pacientes que não têm HIV. Pobreza, desnutrição, situações precárias de moradia e saneamento — agravados por outros fatores de risco, como HIV, tabagismo, consumo de álcool e diabetes — podem colocar as pessoas em risco elevado de contrair tuberculose e dificultar o acesso aos cuidados.

A OMS divide os casos de tuberculose em três grandes grupos: o de pacientes que somente têm a doença, outro de pessoas com HIV e tuberculose, e um terceiro sobre a tuberculose resistente a medicamentos. Dos países de língua portuguesa, Angola e Moçambique apresentam os três. Já em Guiné-Bissau destaca-se o grupo de pessoas que têm a doença associada ao vírus da Aids.

A doença também afeta países desenvolvidos com o movimento migratório e o trânsito cada vez maior entre cidadãos de várias partes do mundo. A OMS informou que foram notificados casos em seis países: França, Japão, Holanda, Portugal, Coreia do Sul e Eslováquia. Dentre os países que estão respondendo bem no combate à doença estão África do Sul, Brasil, Indonésia, Tailândia e Vietnã.

A Organização Mundial da Saúde revelou ainda que dos países com altos índices de tuberculose e altos níveis de tratamento no ano passado, com taxas superiores a 80%, estão Brasil, China, Rússia, Vietnã e Zimbábue.

Segundo o estudo da OMS, a doença é a nona maior causa de morte em todo o mundo. Em 2017, mais de 1 milhão e seiscentas mil pessoas morreram de tuberculose. Mais de 10 milhões contraíram a doença em 2017. Cinquenta e seis por cento delas estavam em cinco países: Índia,

Indonésia, China, Filipinas e Paquistão. A maior incidência de tuberculose recai sobre comunidades que enfrentam desafios socioeconômicos: migrantes, refugiados, pessoas privadas de liberdade, pessoas que vivem em situação de rua, minorias étnicas, mineiros e outras que trabalham e vivem em ambientes sujeitos a riscos, além das mulheres marginalizadas, crianças e idosos.

Para a OMS, a tuberculose resistente a medicamentos continua sendo uma ameaça. No ano de 2017 600 mil novos casos eram resistentes ao medicamento padrão mais eficazes. Afirmou, no entanto, que em todo o mundo a taxa de mortalidade da doença está caindo a 3% ao ano e a incidência a cerca de 2% ao ano. O estudo afirma ainda que 16% dos pacientes morrem por causa da doença. A OMS lançou uma nova orientação ética, cujo objetivo é garantir que os países que implementam a estratégia pelo fim da tuberculose (“End TB”) e adotem padrões éticos sólidos para proteger os direitos de todos os afetados pela doença.

A nova orientação ética da OMS aborda questões controversas como o isolamento de pacientes contagiosos, os direitos dos pacientes com tuberculose que vivem em privação de liberdade e as políticas discriminatórias contra os migrantes afetados pela doença, entre outras. Proteger os direitos humanos, a ética e a equidade são os princípios que sustentam a Estratégia da OMS para a Eliminação da Tuberculose. No entanto, não é fácil aplicar esses princípios em campo.

Fonte: página da Organização Mundial da Saúde – dados do Brasil <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/> e <http://portalms.saude.gov.br/component/tags/tag/oms>

A Tuberculose no Brasil

Em consonância com a Estratégia pelo Fim da Tuberculose da OMS – Organização Mundial da Saúde, em 2017, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT), lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (Plano Nacional). O plano apresenta como metas reduzir os coeficientes de incidência da doença para menos de 10 casos e de mortalidade para menos de um óbito a cada 100 mil habitantes até 2035. As estratégias de enfrentamento estão organizadas em três pilares: Pilar 1– prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose; Pilar 2 – políticas arrojadas e sistema de apoio; e Pilar 3 – intensificação da pesquisa e inovação.

No Brasil, foram notificados 69.569 casos novos de tuberculose em 2017. Nesse mesmo ano, o coeficiente de incidência foi igual a 33,5 casos por 100 mil habitantes. No período de 2008 a 2017 estes coeficientes apresentaram queda média anual de 1,6%. Em 2016, foram registrados 4.426 óbitos por tuberculose, resultando em um coeficiente de mortalidade de 2,1 óbitos por 100 mil habitantes, cuja queda média anual foi de 2,0% de 2007 a 2016.

A distribuição de ambos os indicadores foi heterogênea por regiões, unidades federativas e capitais. Entre as regiões, o coeficiente de incidência variou de 20,0 casos por 100 mil habitantes (Centro-Oeste) a 42,7 casos por 100 mil habitantes (Norte) em 2017. Quanto aos estados, nesse mesmo ano, os maiores coeficientes de incidência foram registrados no Amazonas (74,1/100 mil hab.), Rio de Janeiro (63,5/100 mil hab.) e Pernambuco (46,0/100 mil habitantes). Já os maiores coeficientes de mortalidade, em 2016, também foram observados no Rio de Janeiro (4,4/100 mil hab.), Pernambuco (4,2 /100 mil hab.) e Amazonas (3,8/100 mil hab.).

A situação da tuberculose nas capitais do país exige atenção, uma vez que 70,4% delas (n=19) apresentaram coeficiente de incidência superior ao registrado no país. As capitais com maior coeficiente de incidência da tuberculose, em 2017, foram Manaus (104,7/100 mil hab.), Rio de

Janeiro (88,5 /100 mil hab.) e Recife (85,5/100 mil hab.). Os maiores coeficientes de mortalidade, no ano de 2016, por sua vez, foram registrados em Recife (6,4/100 mil hab.), Belém (5,3/100 mil hab.) e Manaus (4,7/100 mil hab.).

Em 2017, foram registrados 13.347 casos de retratamentos no país, equivalentes a 16,1% do total de casos notificados no período. Os estados com maior proporção de retratamentos foram Rio Grande do Sul (23,3%), Rondônia (19,9%) e Paraíba (19,5%). Esse resultado se assemelha ao observado nas capitais, entre as quais as mais altas proporções de retratamento foram registradas em Porto Alegre (31,2%), Campo Grande (25,8%), João Pessoa (23,8%) e Porto Velho (23,3%).

Acerca da vigilância do óbito com menção da tuberculose nas causas de morte 529 pessoas com tuberculose nunca haviam sido registradas no Sinan e foram notificadas após a morte em 2017. Os estados de Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro, e suas respectivas capitais, se destacaram com os maiores valores.

Com o objetivo de reduzir as mortes por tuberculose e identificar os pontos críticos na assistência dessas pessoas, por meio do conhecimento das circunstâncias determinantes do evento do óbito, foi publicado o Protocolo de vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte em 2017. Em outubro do mesmo ano, foi realizada a 1ª Oficina de Implantação da Vigilância do Óbito com menção de tuberculose, que contou com a participação de 14 técnicos de programas de tuberculose de municípios e estados com maior carga de mortes por tuberculose. Para 2018, estavam programadas duas oficinas, além de visitas técnicas para assessorar estados e municípios na sua implantação.

No Brasil, 73,4% dos casos novos de tuberculose foram testados para HIV em 2017. Os estados que apresentaram menores percentuais de realização desse teste nos casos novos foram Bahia, Mato Grosso, Piauí e Pará. As capitais com menores percentuais foram Belém, Cuiabá e Recife. A testagem para o HIV identificou que 9,2% dos casos novos de tuberculose apresentavam co-infecção com o HIV no Brasil.

Fizeram uso da Terapia Antiretroviral (TARV) durante o tratamento da tuberculose no Brasil, 43,7% dos casos novos de coinfecção Tuberculose-HIV. Esse percentual é considerado baixo para um país que oferta ambos os tratamentos gratuitamente no SUS e recomenda tratamento universal para todos os casos identificados. Entre os estados, os maiores percentuais de uso de TARV em pacientes coinfetados foram observados em Sergipe (65,5%), no Amapá (66,7%) e em Goiás (67,7%), no entanto, ainda muito aquém da recomendação nacional. Quanto ao estado de São Paulo, esta informação é coletada apenas no momento da notificação, não incluindo o registro de TARV para pacientes que iniciaram a terapia durante o tratamento da tuberculose, o que pode explicar o percentual obtido pelo estado (38,5%).

Em 2017, foi publicado o primeiro boletim “Coinfecção TB-HIV no Brasil: panorama epidemiológico e atividades colaborativas”, que teve por objetivo descrever o panorama epidemiológico da coinfecção TB-HIV no país. Além disso, esta foi uma oportunidade para se discutirem os desafios do controle da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV (PVHIV) à luz das atividades colaborativas realizadas pela CGPNCT - Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCNT) juntamente com o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV/SVS/MS). A partir desta publicação, instituiu-se a publicação anual, no mês de agosto, do boletim epidemiológico em que serão descritos os resultados das atividades colaborativas TB-HIV. Entre as atividades colaborativas TB-HIV, está a institucionalização do boletim anual TB-HIV.

Os dados sobre morbidade podem ser obtidos a partir da consolidação das bases estaduais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e da base nacional do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB); e os de mortalidade, do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). As populações para o cálculo dos coeficientes de mortalidade e de incidência são extraídas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Fonte: Boletim Epidemiológico - Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Volume 49, n. 11, Mar. 2018 - <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf> e <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>

A Tuberculose no Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul (RS) tem mantido em média cerca de 5.000 casos novos de tuberculose (pacientes que nunca trataram tuberculose em outra ocasião), dados de 2017, o que gera uma incidência aproximada de 40 casos para cada grupo de 100 mil habitantes. Somados a cerca de 1.500 casos de pacientes em retratamento (pacientes que já fizeram um tratamento prévio), o total aproxima-se de 6.500 casos de tuberculose por ano. Assim, como no mundo e no Brasil, a tuberculose no Rio Grande do Sul é um problema de saúde pública com fatores sociais arraigados na sua origem, que também devem ser considerados na tomada de decisões em saúde.

O Ministério da Saúde/Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em 2009, redefiniu critérios para estabelecer municípios chamados de prioritários para intensificação das ações de controle da tuberculose no Brasil. Os critérios são: (i) Ser capital da unidade federativa OU; (ii) Apresentar população igual ou maior que 100 mil habitantes E um dos critérios: (a) Coeficiente de incidência superior a 80% da incidência brasileira em 2007 (32casos/100mil habitantes); ou (b) Coeficiente de mortalidade por tuberculose superior ao coeficiente nacional em 2007 (2,5 óbitos/100mil habitantes).

No estado do Rio Grande do Sul, há 15 municípios que atendem esses critérios: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Uruguaiana e Viamão. Somados a Caxias do Sul e Esteio (municípios prioritários para HIV com incidência considerável em tuberculose) e Charqueadas (município com incidência significativa em função da presença de várias unidades prisionais), estes municípios compreendem mais de 70% da carga de tuberculose no RS.

Fonte: página da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul- CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde - <https://cevs.rs.gov.br/inicial>

JAN 2019

Nº 2

**Revista Saúde
e Bem-Estar**

**TUBER
CULOSE**

01

Plano Nacional de Combate à tuberculose.

// Pilares

// Estratégias

1 - TUBERCULOSE E O PLANO NACIONAL

Tuberculose e o Plano Nacional de Combate à tuberculose (Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose com o Problema de Saúde Pública).

a.1) PILARES:

PILAR 1 - Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose

PILAR 2 - Políticas arrojadas e sistema de apoio

PILAR 3 - Intensificação da pesquisa e inovação

a.2) OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS:

PILAR 1 - Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose	
Objetivos	Estratégias
Intensificar as atividades colaborativas TB-HIV	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer grupos de trabalho para planejar ações em conjunto TB-HIV. - Oferecer testagem para HIV a todas as pessoas com tuberculose. - Realizar rastreamento da tuberculose em todas as visitas da pessoa vivendo com HIV aos serviços de saúde. - Diagnosticar e tratar a infecção latente da tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids. - Realizar o cuidado das pessoas com coinfeção TB-HIV em um mesmo serviço. - Iniciar de forma oportuna a terapia antirretroviral (Tarv). - Executar o conjunto de ações colaborativas definidas para TB-HIV.
Intensificar as ações de prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar a vigilância da Infecção Latente de Tuberculose (ILTB). - Incorporar novas tecnologias para o diagnóstico da ILTB no País, com o objetivo de ampliar a rede de diagnóstico da ILTB. - Ampliar o diagnóstico e o tratamento da ILTB como uma das principais estratégias de prevenção da tuberculose no País. - Implantar esquemas encurtados de tratamento da ILTB com o objetivo de melhorar a adesão a essa estratégia. - Manter altas e homogêneas coberturas vacinais de BCG. - Implementar as medidas de controle de infecção nos serviços de saúde.

PILAR 2 – Políticas arrojadas e sistema de apoio	
Objetivos	Estratégias
Fomentar ações para garantir a realização das atividades de cuidado e prevenção da doença com recursos adequados (humanos, infraestrutura e financeiros)	<ul style="list-style-type: none"> · Inserir ações de controle da tuberculose nos Planos Plurianuais. · Pautar a tuberculose nas instâncias de pactuação e controle social. · Implementar ações de comunicação, advocacy e mobilização social para ampliar a visibilidade da doença. · Disponibilizar, em tempo oportuno, insumos para o diagnóstico e medicamentos para o tratamento de todas as formas de tuberculose: sensível, resistente e infecção latente. · Utilizar ferramenta informatizada para monitoramento do estoque de medicamentos de primeira linha. · Propor políticas que promovam controle de infecção como estratégia de prevenção da doença.
Fortalecer a articulação intra e intersetorial para garantia dos direitos humanos e cidadania nas ações de controle da doença	<ul style="list-style-type: none"> · Pautar a tuberculose na agenda política das três esferas de governo, por meio da articulação com executivo, legislativo e judiciário. · Pautar a tuberculose nas seguintes agendas de trabalho: Assistência Social, Educação, Justiça, Direitos Humanos, entre outros. · Implementar as recomendações das políticas vigentes de articulação intra e intersetorial. · Implementar as recomendações da instrução operacional conjunta entre Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). · Fomentar a elaboração de legislações que contribuam para proteção social da pessoa com tuberculose. · Pautar a tuberculose nos meios de comunicação disponíveis.
Fortalecer a participação da sociedade civil nas estratégias de enfrentamento da doença	<ul style="list-style-type: none"> · Estabelecer espaços de articulação entre gestão e sociedade civil para o controle da tuberculose. · Fomentar ações comunitárias de mobilização social para o enfrentamento da doença. · Apoiar as ações de comunicação, advocacy e mobilização social desenvolvidas pela sociedade civil. · Incluir a participação da sociedade civil na elaboração de campanhas de comunicação de tuberculose. · Incluir a participação da sociedade civil no planejamento, no monitoramento e na avaliação das ações de enfrentamento da tuberculose nas três esferas de gestão.

Melhorar a qualidade dos sistemas informatizados de registro de casos para tomada de decisão mais oportuna	<ul style="list-style-type: none"> · Aprimorar a análise dos indicadores relacionados à doença. · Adequar os sistemas de informação Sinan, SITETB, GAL, entre outros, para atender às necessidades da vigilância da tuberculose. · Integrar os sistemas de informação para atender às necessidades da vigilância da tuberculose. · Fortalecer a utilização dos sistemas de informação para registro dos casos.
--	--

PILAR 3 – Intensificação da pesquisa e inovação	
Objetivos	Estratégias
Estabelecer parcerias para fomentar a realização de pesquisas no País em temas de interesse para saúde pública	<ul style="list-style-type: none"> · Fortalecer a integração dos programas de controle da tuberculose com instituições acadêmicas e sociedade civil. · Participar da implementação da agenda prioritária de pesquisas de tuberculose em todas as esferas de governo. · Fomentar parcerias intersetoriais para promover a realização de pesquisa em tuberculose. · Apoiar o desenvolvimento científico e tecnológico no País. · Incentivar a divulgação dos resultados das pesquisas desenvolvidas.
Promover a incorporação de iniciativas inovadoras para aprimorar o controle da tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> · Estimular a utilização dos resultados das pesquisas no enfrentamento da tuberculose. · Estimular a troca e a implantação de experiências exitosas das ações de controle entre os programas de controle da tuberculose. · Incorporar, de maneira oportuna, novas tecnologias de diagnóstico. · Incorporar, de maneira oportuna, novos medicamentos aos esquemas de tratamento da doença ativa e infecção latente.

Fonte: Ministério da Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Programa Tuberculose e o Plano Nacional de Combate à tuberculose (Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose com o Problema de Saúde Pública).

*As populações mais vulneráveis exemplificadas no quadro são aquelas que apresentam maior carga de tuberculose, sendo elas: coinfeção TB-HIV e população privada de liberdade. Recomenda-se que estados e municípios realizem seu diagnóstico quanto às características dos casos de tuberculose para que reconheçam as vulnerabilidades mais prevalentes em seus territórios e, com isso, possam adequar as estratégias para o enfrentamento da tuberculose.

ARQUIVO ANEXO

Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública(.pdf 2,98 MBytes)

<http://cevs.rs.gov.br/>

02

Plano Estadual de Combate à tuberculose.

// Eixos

// Estratégias

// Serviços Estaduais

2 - TUBERCULOSE E O PLANO ESTADUAL

Importante conhecer o cenário estadual da tuberculose para estabelecer estratégias, e educação em saúde para fortalecimento das políticas públicas de combate à tuberculose, bem como para o planejamento de ações em saúde e prevenção. Verificamos que preponderam os números relacionados à coinfeção TB/HIV/AIDS em razão de que o HIV/AIDS também tem elevados números de infecção no Estado do Rio Grande do Sul e sua Capital.

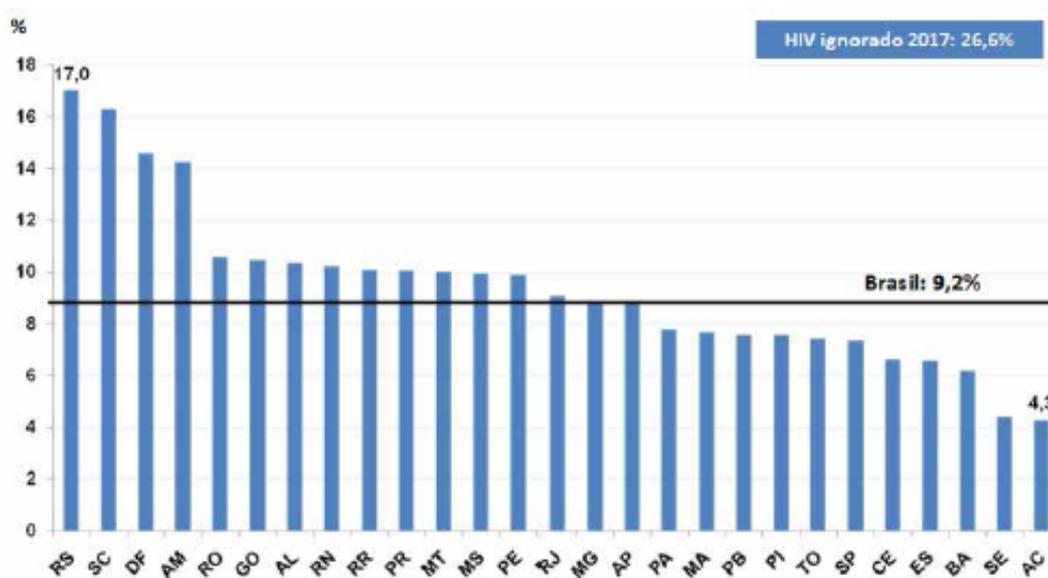
ARQUIVO ANEXO

[Plano Estadual de Combate à Tuberculose](#)

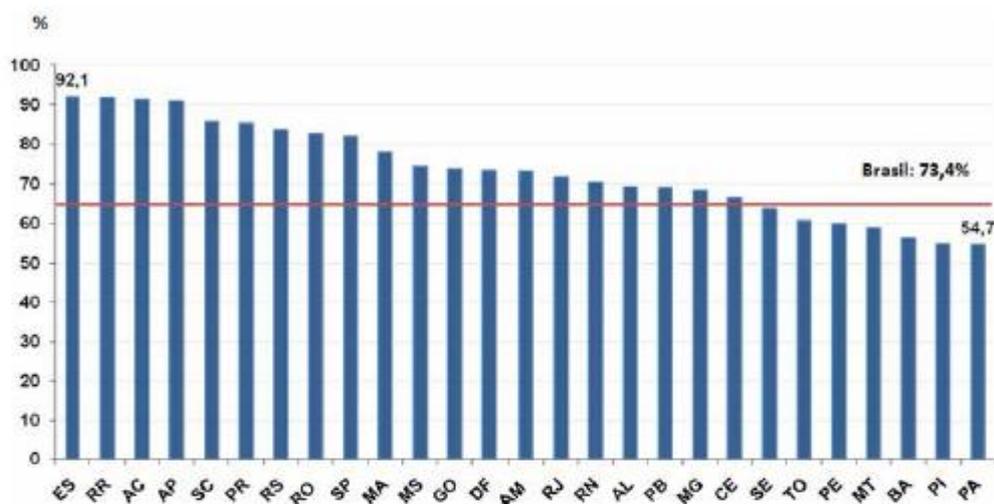
<http://cevs.rs.gov.br/>

Percentual de Coinfeção TB/HIV 2016/2017

O percentual de coinfeção TB/HIV no RS foi de 18,82% no ano de 2016 e de 17,44% no ano de 2017 (Dados do SINAN Estadual, próximos, para este indicador, do dado nacional, de 17,0% de coinfeção). Nos primeiros anos após a implantação da testagem rápida para HIV houve índices próximos ou superiores a 20%, com sutil queda nos anos subsequentes, a qual se observa nestes anos de 2016 e de 2017. Comparativamente, no Brasil a taxa de coinfeção TB/HIV é de 9,2%, no ano de 2017.

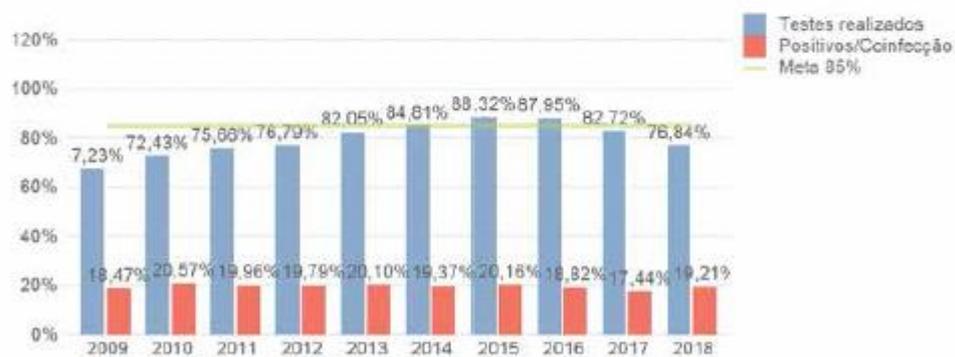


O percentual de testagem para HIV no Brasil foi de 73,4%, no ano de 2017. No RS, em 2016, foi feita a testagem em 87,95% dos pacientes; e, em 2017, até o momento, de 82,72%, ou seja, acima da média nacional.



Fonte: SINAN/ PNCT/ Ministério da Saúde, 2018. Dados sujeitos à revisão.

Realização de teste de HIV em casos de tuberculose



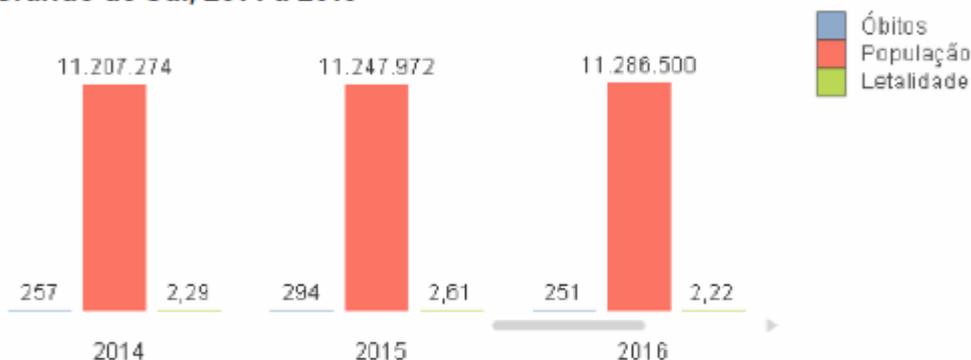
N=4639 (2016); 4984 (2017). Tipos de entrada: caso novo, não sabe, pós-óbito. Encerramentos: Todos, exceto mudança de diagnóstico.

Fonte: BI - DGTI/ SINAN / CEVS/ SES-RS: fev/ 2018. Pode mudanças sutis no percentual por inclusão de novas informações no banco de dados.

Óbitos por tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul:

No RS, o coeficiente de mortalidade, tendo tuberculose como causa básica, foi de 2,61 óbitos por 100.000 habitantes no ano de 2015 e 2,22 no ano de 2016. Isto corresponde a 294 óbitos em 2015 e 251 óbitos em 2016. Em ambos os anos, cerca de 40 pacientes, do total de óbitos, eram coinfectados por HIV. Comparado ao Brasil, temos um coeficiente de mortalidade por tuberculose acima da média nacional. Por essa razão, é importante o trabalho do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), bem como dos setores de Vigilância Epidemiológica municipais e estaduais, evitando o risco de superestimar o coeficiente de mortalidade comparado aos demais estados.

Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose como Causa Básica, Rio Grande do Sul, 2014 a 2016



Fonte: BI - DGTI/SINAN/CEVS/SES-RS: mar/2018

Percentual de Testagem HIV e de Coinfecção TB/HIV, 2016.

Testagem HIV e Resultados de HIV positivos em pacientes com tuberculose: 2016											
Município de Saúde	Ignorância	Positivo (todos os casos)	Negativo (todos os casos)	Em andamento (todos os casos)	São realizado (todos os casos)	Total de Casos de TB 2016	Testagem Realizada	% Testagem HIV todos os casos de TB	% Resultados Positivos todos os casos de TB	% Testagem HIV: casos novos de TB	% Resultados Positivos: casos novos de TB
01 Verdes Campos	0	27	95	1	5	125	122	97,6%	21,6%	95,0%	17,3%
02 Entre Rios	0	1	19	0	2	21	19	90,5%	4,8%	90,7%	6,7%
03 Proletária Oeste	0	27	156	5	11	199	143	69,9%	17,0%	90,8%	14,0%
04 Belas Praias	0	15	63	0	10	88	76	85,0%	17,0%	95,0%	11,3%
05 Barro Vermelho	0	34	99	5	23	159	159	93,5%	21,8%	91,2%	17,9%
06 U.P. Assessoria C. Social	0	10	12	0	17	39	32	78,5%	12,3%	78,3%	11,7%
07 Vale dos Sinos	0	60	266	4	48	384	332	83,9%	17,2%	87,2%	13,9%
08 Vale Campestre Ocidental	0	122	372	6	63	563	484	83,7%	21,7%	87,0%	17,3%
09 Carbonífera/Costa Dourada	0	93	275	4	56	428	388	89,0%	21,7%	83,5%	14,3%
10 Capão Verde/Governador	1	830	1739	4	292	2865	2558	89,0%	28,4%	90,1%	23,8%
11 Sede Poços-Mirim/Se	0	11	49	2	17	79	51	72,9%	15,7%	71,0%	17,7%
12 Portal das Missões	0	2	15	1	7	25	17	68,0%	8,8%	65,2%	8,7%
13 Democracia	0	5	33	0	1	39	38	97,4%	12,8%	97,0%	12,1%
14 Fronteira Noroeste	0	7	14	0	1	22	21	95,5%	21,8%	93,0%	22,0%
15 Centro das Águas	0	1	35	0	7	43	30	63,7%	2,3%	62,9%	0,8%
16 Alto Uruguai Gaúcho	0	1	23	1	9	34	24	70,6%	2,9%	65,7%	4,2%
17 Planalto	0	9	104	0	13	126	113	89,7%	7,1%	87,0%	4,4%
18 Assunção	0	2	19	0	3	24	20	83,3%	8,7%	89,5%	5,2%
19 Bokarai	0	3	17	0	5	25	20	80,0%	12,0%	82,4%	11,8%
20 Rio de Pedregal	0	2	19	0	5	26	19	73,1%	8,1%	82,4%	11,8%
21 Dal	0	981	359	4	82	996	523	50,9%	28,5%	93,9%	24,2%
22 Paraisópolis	0	13	34	1	1	49	47	95,9%	28,5%	97,4%	25,3%
23 Caxias e Imbituba	0	43	177	1	23	244	223	90,2%	17,6%	82,0%	17,8%
24 Cachoeira de Bom Fim	0	7	29	0	7	43	27	79,4%	28,6%	79,1%	18,8%
25 Viamão e Sarandi	0	8	44	0	7	59	52	88,1%	13,6%	90,4%	4,6%
26 União Vale	0	2	39	0	1	42	32	77,1%	8,8%	90,3%	11,1%
27 Jacuí Central	0	7	79	0	13	99	77	75,9%	7,8%	83,1%	1,4%
28 União e G.D.	0	23	94	0	10	127	117	80,1%	18,1%	80,1%	18,0%
29 Vale e Montanhas	0	10	72	0	4	86	82	95,3%	11,6%	95,0%	8,2%
30 Vale do Luz	0	5	23	1	2	31	20	64,5%	16,1%	67,5%	8,3%
Total	1	1548	4320	30	765	6622	5868	88,6%	23,4%	88,8%	19,0%

Fonte: SINAN/CEVS/ SES-RS: fev/2018

Tuberculose: Municípios do Rio Grande do Sul

No Estado do Rio Grande do Sul temos os denominados municípios prioritários, onde as ações em saúde e prevenção devem ser adotadas com ênfase.

Municípios com índices epidêmicos para análise de ações e prevenção da doença:

- Alvorada
- Cachoeirinha
- Canoas
- Charqueadas
- Caxias do Sul
- Esteio
- Gravataí
- Guaíba
- Novo Hamburgo
- Pelotas
- Porto Alegre
- Rio Grande
- Santa Cruz do Sul
- Santa Maria
- Santana do Livramento
- São Leopoldo
- Sapucaia do Sul
- Uruguaiana
- Viamão

Em 2014, esses municípios foram responsáveis por 64% dos casos novos de tuberculose do Rio Grande do Sul e por 80% dos abandonos de tratamento.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. CEVS/ SES-RS: fev/ 2018

Podemos observar que há predomínio da forma pulmonar de tuberculose sobre as formas extrapulmonares, o que está de acordo com o que se espera na distribuição de tuberculose por forma. Considerando o predomínio da forma pulmonar de tuberculose, ressaltamos a importância da solicitação de baciloscopia de escarro tanto para diagnóstico de tuberculose quanto para o acompanhamento da evolução do tratamento (baciloscopias mensais). Com relação às formas extrapulmonares, é importante observar o predomínio da forma pleural. Visto que as formas extrapulmonares são decorrentes do contágio de um indivíduo que teve contato com um paciente com a forma pulmonar bacilífera – transmissível através do convívio próximo, pela tosse, fala ou espirro – o meio mais eficaz de prevenção da ocorrência é a identificação das formas pulmonares, por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios e da avaliação de contatos.

Formas de Tuberculose, 2016, 20 municípios com maior número de casos:

Legenda:

Pulm: forma pulmonar de tuberculose

P+E: forma pulmonar e extrapulmonar de tuberculose

EP: apenas forma extrapulmonar de tuberculose

Das formas Extrapulmonares: pleural, ganglionar, genitourinária, óssea, miliar, meningocéfálica, cutânea, laringea e outras não especificadas na notificação do caso.

Ocorrência de Tuberculose por Forma: 2016, Rio Grande do Sul														
Municípios	Total	PULM	P + E	EP	PLEURAL	GANGL	GU	ÓSSEA	OCULAR	MILIAR	MENING	CUTAN	LARING	OUTRA
Total Casos RS	6622	5362	387	672	473	178	27	43	19	179	135	19	19	167
Porto Alegre	1907	1508	157	242	149	54	8	8	5	59	45	8	7	56
Alvorada	320	242	28	49	31	10	1	2	1	13	12	0	0	7
Pelotas	288	233	5	50	23	7	3	0	1	3	3	2	0	13
Viamão	282	207	25	50	27	15	2	3	2	11	7	1	1	6
Canoas	281	220	17	44	15	17	1	3	0	6	2	0	3	14
Rio Grande	230	194	5	31	13	7	0	2	0	6	6	0	1	1
Caxias do Sul	219	176	5	38	21	3	0	2	1	7	4	0	1	4
Gravataí	209	143	40	28	28	13	1	3	1	8	3	0	1	8
Charqueadas	183	173	3	7	6	3	0	0	0	0	1	0	0	0
São Leopoldo	155	124	7	24	7	0	2	4	1	4	6	1	1	5
Novo Hamburgo	114	99	3	12	2	4	0	3	0	1	0	1	0	4
Sapucaia do Sul	109	87	9	13	9	3	0	1	0	4	2	0	0	3
Cachoeirinha	101	73	8	20	8	3	3	0	0	6	4	1	0	3
Santa Maria	99	85	5	9	4	1	0	1	0	2	1	0	0	5
Passo Fundo	86	73	3	10	7	0	0	0	0	2	1	0	0	3
Esteio	79	72	3	4	3	1	0	2	0	0	0	0	0	1
Uruguaiana	71	62	0	9	0	3	0	1	1	3	0	0	0	1
Guaíba	64	46	9	9	3	4	0	0	0	6	3	0	0	2
Santa Cruz do Sul	63	49	2	12	5	3	0	0	0	3	2	0	0	1
Lajeado	52	38	6	8	10	0	1	0	0	2	0	0	0	1

Fontes: PECT-RS/SINAN/CEVS/ SES-RS e estimativa populacional para 2016, Fundação de Economia e Estatística (FEE); em www.fee.rs.gov.br

Incidência de Tuberculose nos Municípios do Rio Grande do Sul: 2016 (Casos Novos / 100 mil habitantes)

Município	RS	Casos Novos 2016	Pop. 2016 (FEE)	Incidência	Município	RS	Casos Novos 2016	Pop. 2016 (FEE)	Incidência	Município	RS	Casos Novos 2016	Pop. 2016 (FEE)	Incidência
Rio Grande do Sul		4438	11284506	41,6	São Borja	20	61945	31,3		Marau	9	41090	21,9	
Porto Alegre	1356	1479277	68,3		Sapiranga	20	79271	25,2		Balneário Pinhal	8	12405	64,5	
Alvorada	204	211692	99,6		Tramandaí	19	49282	38,8		Mostardas	8	12899	62,8	
Canoas	168	352097	56,2		Santa Vitória do Palmar	15	32326	45,4		Piratiní	8	10182	41,7	
Pelotas	165	345146	56,2		Arroio dos Ratos	14	14186	86,6		Butiá	8	21656	37,1	
Caxias do Sul	159	476692	33,4		Nova Santa Rita	14	25833	54,8		Itaó	8	22659	34,8	
Viamão	188	252287	62,6		São José do Norte	14	26424	53,0		Dom Pedrito	8	30100	26,5	
Rio Grande	154	214532	71,8		Passo de Liberdade	14	54114	25,9		São Lourenço do Sul	8	43618	18,3	
Gravataí	120	274320	47,4		Cruz Alta	14	83389	22,1		Canela	8	45800	16,5	
São Leopoldo	120	229920	52,9		Campo Bom	14	84320	21,8		Santa Rosa	8	73977	10,8	
Charqueadas	106	36958	286,8		Farroupilha	14	89635	25,1		São Marcos	7	21601	32,4	
Novo Hamburgo	98	242890	39,2		Imbé	13	21478	60,6		Triunfo	7	26230	26,7	
Sapucaia do Sul	88	141266	60,9		Santo Antônio do Patrulha	13	42934	30,3		Soldadinho	7	30990	22,6	
Santa Maria	78	277239	28,1		Capão da Canoa	15	48646	26,1		Candelária	7	31135	22,5	
Cachoeirinha	88	132266	60,7		São Gabriel	13	81879	21,0		Estrela	7	33415	20,9	
Uruguaiana	62	126650	47,4		Canoinha	12	83009	20,6		Igrejinha	7	32942	20,6	
Passo Fundo	57	199440	28,6		Ijuí	13	88382	15,0		Portão	7	34087	20,5	
Santa Cruz do Sul	55	128887	42,7		Tapes	12	18878	71,1		Arariá	8	6776	194,0	
Esteio	44	88226	51,6		Estância Velha	12	47325	25,4		Cacequi	6	13023	46,1	
Guaiíba	42	102226	41,9		Ervalvel	12	103910	11,6		São Francisco de Paula	6	21668	27,8	
Osório	34	45343	75,0		Barra do Ribeiro	11	13179	83,5		Palmeira das Missões	6	32549	16,9	
Lajeado	34	81907	41,7		Sobradinho	11	14819	74,2		Santiago	6	62840	11,9	
Cachoeira do Sul	34	66559	59,3		Rosário do Sul	11	40448	27,2		Canguçu	6	54348	11,0	
Montenegro	33	66094	50,7		Alegrete	11	78889	14,3		Cacique Doble	5	6181	66,5	
Santa Ana do Livramento	32	64216	25,6		Cibola	10	14485	69,1		Machadinho	5	6776	66,5	
Bagé	29	122645	23,6		Osório	10	25255	39,6		Cruzado do Sul	5	12708	36,3	
Torres	27	58809	69,6		Panambi	10	42488	23,5		Júlio de Castilhos	5	16822	26,6	
Verãncio Aires	27	69401	38,9		Xangriá	9	14215	63,3		São Sebastião do Cal	5	24460	20,4	
Taquara	26	67971	44,9		Encantado	9	21981	41,0		Encruzilhada do Sul	5	24680	20,3	
Vacaria	25	67034	37,3		São Jerônimo	9	23254	38,7		Capão do Leão	5	25501	18,6	
Sento Gonçalves	25	117994	21,2		Jaguarião	9	20359	31,7		Teutônia	5	31220	16,0	
Blumenau do Sul	24	38096	63,1		Frederico Westphalen	9	31199	28,8		Gramado	5	30456	13,7	
Carmação	24	66297	36,2		Capapava do Sul	9	34810	25,9		Rio Pardo	5	38526	13,0	
Santo Ângelo	21	76799	26,3		São Luiz Gonzaga	9	25865	25,1		Itarama	4	4209	62,7	

Fontes: PECT-RS/SINAN/CEVS/SES-RS e estimativa populacional para 2016, Fundação de Economia e Estatística (FEE); em www.fee.rs.gov.br

Dados de acordo com notificações dos casos no SINAN em 08/03/2018. Municípios dispostos em ordem decrescente de número de casos novos. Municípios sem casos novos não foram incluídos

ARQUIVO ANEXO

[Informe Epidemiológico: Tuberculose \(2018\) \(.pdf 997,05 KBytes\)](#)

<http://cevs.rs.gov.br/>

03

Tuberculose em Porto Alegre

// Os motivos que levaram a tuberculose ser considerada epidemia em Porto Alegre

// Estratégias

// Os serviços disponíveis à população em Porto Alegre

3 - TUBERCULOSE EM PORTO ALEGRE

3.1.) Os motivos que levaram a tuberculose ser considerada epidemia em Porto Alegre

Como se denota, os índices em Porto Alegre são elevados.

Um dos principais indicadores para concluirmos que a situação da tuberculose é epidêmica em Porto Alegre é avaliarmos juntamente com os percentuais de coinfeccção com o HIV/AIDS.

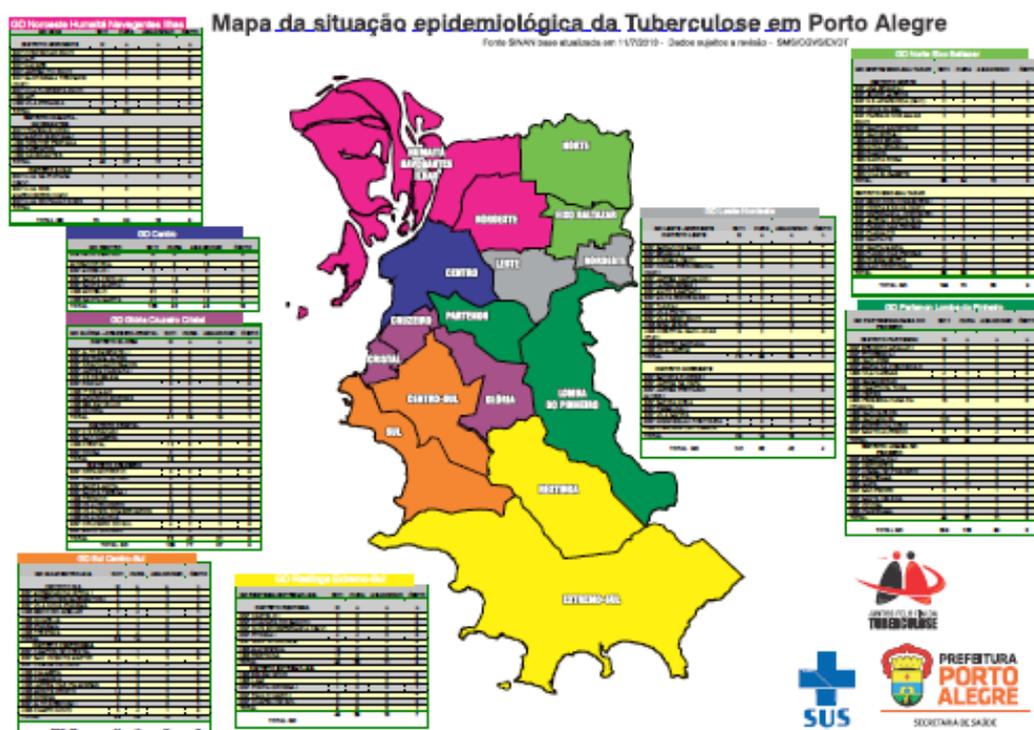
Primeiramente, precisamos entender a realidade estadual para compreendermos o contexto epidêmico de Porto Alegre.

ARQUIVO ANEXO

Vulnerabilidade e direitos humanos na compreensão de trajetórias de internação por tuberculose.

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168038>

<http://cevs.rs.gov.br/>



3.2) Os serviços disponíveis à população em Porto Alegre

Onde buscar atendimento?

Informe ao usuário do Sistema Único de Saúde que ele deverá procurar orientação na unidade de saúde mais próxima da sua residência. Hoje os profissionais da saúde que atuam nas unidades de saúde têm informações suficientes para orientar o paciente. Todavia, o usuário poderá obter informações pelo telefone disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre: 3289.2774.