



**FACULDADE DE GOIANA – FAG**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SABRINA STERFANE ESTEVAM DA SILVA**

**DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES PRIVADOS DE  
LIBERDADE COM TUBERCULOSE**

**GOIANA**

**2025**

SABRINA STERFANE ESTEVAM DA SILVA

**DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES PRIVADOS DE  
LIBERDADE COM TUBERCULOSE**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem, da Faculdade de Goiana - FAG, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Enfermagem.

Orientador: Prof. PhD Hélio Oliveira dos Santos  
Rodrigues

GOIANA

2025

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da FAG – Faculdade de Goiana,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586d Silva, Sabrina Sterfane Estevam da

Desafios da assistência de enfermagem a pacientes privados liberdade  
com tuberculose. / Sabrina Sterfane Estevam da Silva. – Goiana, 2025.  
43f. il.:

Orientador: Prof. PhD. Hélio Oliveira dos Santos Rodrigues.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) Faculdade de  
Goiana.

1. Tuberculose. 2. Tratamento. 3. Sistema prisional. 4. Condições  
sanitárias. I. Título.

BC/FAG

CDU: 616.9

SABRINA STERFANE ESTEVAM DA SILVA

**DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES PRIVADOS DE  
LIBERDADE COM TUBERCULOSE**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem, da Faculdade de Goiana - FAG, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel (a) em Enfermagem.

Goiana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. PhD Hélio Oliveira dos Santos Rodrigues  
Faculdade de Goiana

---

Prof. Esp. Nikaela Gomes da Silva  
Faculdade de Goiana

---

Prof. Dr. Pedro Henrique do Bomfim Nascimento  
Faculdade de Goiana

Dedico este trabalho aos meus pais, Silvânia e Sandoval, que sob muito sol, fizeram-me chegar até aqui, na sombra.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me concedeu a oportunidade e me guiou até aqui, Ele que me abençoa todos os dias. Obrigada Senhor por nunca ter me desamparado nos momentos mais difíceis que passei durante minha trajetória.

Agradeço de coração aos meus Pais, Silvânia Maria e Sandoval Renato. Minha eterna gratidão a vocês que são o principal motivo para eu ter chegado até esta graduação. Em meio a tantas dificuldades, foram meus pontos de apoio nesses longos cinco anos, onde foi uma luta diária para chegar onde estou. Obrigada por tudo.

Agradeço também a minha irmã Sirlane Rikelly, pelo tanto que fez por mim, sempre me ajudando no que era preciso. Sou verdadeiramente grata por ter você como minha irmã e parceira.

Meus avós maternos: Josefa Maria e Severino Sebastião, e avós paternos: Maria José (in memoriam) e Renato José (in memoriam).

Quero expressar minha gratidão aos meus colegas, Ana Claudia, Ana Paula, Bruna Mendes, Breno Gomes, Maria Eduarda e Neomirthis Lorrane, com quem fui privilegiada não somente pelo suporte durante a graduação, mas também em minha vida, obrigada por estarem comigo e tornarem a caminhada mais leve.

Ao meu querido orientador Hélio Rodrigues, grata por todo incentivo, motivação e por me aguentar todos esses anos aperreando o juízo. Obrigada por não ter me deixado desistir quando pensei. Que o Senhor continue te usando para inspirar outros alunos, assim como foi comigo.

Por fim, aos meus queridos amigos que sempre me incentivaram, Carlos Henrique, Jeane Cartaxo, Jhonatan Batista, Kaline Alves, Kátia Maria, Lucas Alves, M<sup>a</sup> Eduarda Batista Matheus Henrique, Naiara Estevam, Priscila Lima e Rosângela Lopes.

A todos que contribuíram de qualquer forma para a conclusão do mesmo, agradeço de coração.

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e seus planos serão bem-sucedidos.”

Provérbios 16:3.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
EPI's	Equipamentos de Proteção Individual
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCNT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PPL	Pessoa Privada de Liberdade
RHZE	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBDR	Tuberculose Droga resistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
2.1	Tuberculose .....	10
2.2	Sistema Prisional Brasileiro.....	14
2.3	Condições estruturais e organizacionais das unidades prisionais e seu impacto no cuidado da enfermagem .....	17
2.4	Desafios encontrados em relação ao manejo da prática do profissional de enfermagem em ambientes prisionais, em pacientes com tuberculose .....	21
2.5	Estratégias para aprimorar a assistência de enfermagem a pacientes privados de liberdade com tuberculose.....	27
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÕES .....</b>	<b>35</b>
5.1	O Impacto das Condições Estruturais na Prática de Enfermagem .....	35
5.2	Lacunas na Formação Profissional e na Implementação do TDO .....	35
5.3	Desarticulação de Políticas Públicas e Sistêmicas .....	36
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>



# **DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES PRIVADOS LIBERDADE COM TUBERCULOSE**

**Sabrina Sterfane Estevam da Silva<sup>1</sup>**

**Hélio Oliveira dos Santos Rodrigues<sup>2</sup>**

## **RESUMO**

A tuberculose é uma doença infecciosa de alta prevalência em ambientes prisionais, onde fatores como superlotação, condições sanitárias inadequadas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde agravam sua disseminação. Este trabalho, do tipo revisão de literatura, teve como objetivo analisar por meio de revisão bibliográfica os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem na assistência a pessoas privadas de liberdade com tuberculose. Adotou-se uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, por meio da análise de estudos publicados nas bases SciELO, LILACS, PUBMED, e no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como dissertações e documentos oficiais. Os resultados apontaram que as condições estruturais precárias das unidades prisionais, aliadas à escassez de recursos humanos e à desorganização dos serviços de saúde, impactam negativamente o trabalho da enfermagem. Constatou-se também que muitos profissionais atuam sem capacitação específica para o manejo da tuberculose no contexto prisional, o que compromete a aplicação dos protocolos de cuidado, como o Tratamento Diretamente Observado (TDO). A ausência de educação permanente, a desarticulação entre os serviços de saúde internos e externos e a sobrecarga de trabalho contribui para a fragmentação das ações assistenciais e a baixa adesão ao tratamento pelos internos. Conclui-se que a atuação da enfermagem no sistema prisional é estratégica, mas ainda marcada por limitações operacionais, estruturais e formativas. Este estudo evidenciou a necessidade de investimentos em infraestrutura, valorização profissional e formação continuada, além de maior comprometimento dos gestores públicos com a efetivação das políticas nacionais de atenção à saúde da população privada de liberdade.

**Palavras-chave:** Tuberculose; tratamento; sistema prisional; condições sanitárias.

## **ABSTRACT**

Tuberculosis is an infectious disease of high prevalence in prison environments, where factors such as overcrowding, inadequate sanitary conditions, and difficulty in accessing health services aggravate its dissemination. This literature-review study aimed to analyze the challenges faced by nursing professionals in the care of people deprived of liberty with tuberculosis through a literature review. A qualitative, exploratory and descriptive approach was adopted, through the analysis of studies published in the SciELO, LILACS, PUBMED, and Virtual Health Library (BVS) Portal, as well as dissertations and official documents. The

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Goiana – FAG. E-mail: sterfanesabrina@gmail.com.

<sup>2</sup> Professor PhD da Faculdade de Goiana – FAG. E-mail: helio.ors@gmail.com.

results showed that the precarious structural conditions of the prison units, combined with the scarcity of human resources and the disorganization of health services, negatively impact the work of nursing. It was also found that many professionals work without specific training for the management of tuberculosis in the prison context, which compromises the application of care protocols, such as Directly Observed Treatment (DOT). The absence of continuing education, the disarticulation between internal and external health services, and the work overload contribute to the fragmentation of care actions and low adherence to treatment by inmates. It is concluded that the performance of nursing in the prison system is strategic, but still marked by operational, structural and formative limitations. This study highlighted the need for investments in infrastructure, professional valorization and continuing education, in addition to greater commitment of public managers to the implementation of national health care policies for the population deprived of liberty.

**Key words:** Tuberculosis; treatment; prison system; sanitary conditions.

## 1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma área da saúde que consiste no cuidado voltado para as necessidades do ser humano e todas as suas fases de evolução, do nascimento até a morte. Objetivando a promoção, recuperação, manutenção e prevenção em saúde, individualmente ou com o auxílio de uma equipe multidisciplinar. O enfermeiro tem domínio na execução de tarefas de baixa e alta complexidade, de forma humanizada. Essas tarefas incluem a assistência a pacientes com doenças infectocontagiosas, que são doenças disseminadas rapidamente entre pessoas, como: Dengue, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o bacilo da Tuberculose (TB) (Maia, 2024).

A tuberculose, além de ser um problema de saúde pública persistente em escala global, encontra nas unidades prisionais brasileiras um ambiente propício para sua disseminação, potencializando os desafios no controle da doença. Essa predisposição é uma consequência direta das condições de confinamento extremo, da superlotação crônica que impede o distanciamento mínimo, da ventilação precária que favorece a suspensão de aerossóis no ar, e da sistemática desassistência médica e sanitária que permeia o sistema carcerário. A vulnerabilidade intrínseca da população privada de liberdade (PPL), frequentemente já fragilizada por condições socioeconômicas adversas, agrava ainda mais o cenário, tornando-os mais suscetíveis à infecção e ao desenvolvimento da TB. Diante dessa realidade alarmante, este trabalho se propõe a abordar especificamente os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem na assistência a pessoas privadas de liberdade (PPL) com diagnóstico de tuberculose. Esses profissionais estão na linha de frente do cuidado, diretamente envolvidos tanto na prevenção da doença, através de ações de vigilância e educação em saúde, quanto no

tratamento e monitoramento contínuo dos casos, desempenhando um papel insubstituível na luta contra a TB nesse ambiente hostil (Alves *et al*, 2020).

O foco da pesquisa se delimita à análise aprofundada da atuação da enfermagem em contextos prisionais, buscando compreender como as condições estruturais e organizacionais dessas unidades impactam diretamente a qualidade do cuidado prestado. A investigação se aprofunda em aspectos cruciais, como a disponibilidade de espaços adequados para isolamento, a oferta de insumos básicos para higiene e medicação, e a existência de rotinas que permitam a execução plena das atribuições da enfermagem. Além disso, a pesquisa se debruçou sobre o preparo técnico dos profissionais, investigando a adequação da formação e da educação continuada para lidar com as peculiaridades do ambiente prisional e as especificidades da TB. A efetividade dos protocolos de controle da tuberculose, conforme preconizado por órgãos de saúde, também será um ponto de análise central, buscando identificar os gargalos na sua implementação prática. Ao delimitar esse campo de investigação, pretende-se explorar tanto os fatores institucionais que dificultam a assistência humanizada e tecnicamente qualificada quanto às possíveis estratégias inovadoras e sustentáveis para qualificar o cuidado de enfermagem nesse cenário tão sensível (Cortez *et al*, 2021).

Este estudo se insere no contexto mais amplo da saúde coletiva e da enfermagem em saúde pública, tendo como base sólida os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): equidade, integralidade e universalidade. Esses pilares são fundamentais para garantir que a saúde seja um direito de todos, independentemente de sua condição social ou localização. No entanto, a aplicação desses princípios no sistema prisional representa um dos maiores desafios do SUS, dado o isolamento e as peculiaridades desse ambiente. A equidade, que prega o tratamento das desigualdades sociais com atenção diferenciada para quem mais precisa, é crucial para a PPL, que historicamente sofre com a exclusão e a invisibilidade. A integralidade do cuidado, que abrange ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, muitas vezes é fragmentada e incompleta no cárcere. A universalidade, que garante acesso à saúde para todos, é constantemente violada pela falta de estrutura e recursos nas unidades prisionais (Allgayer *et al*, 2019).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), um marco legal e normativo, estabelece diretrizes claras para o cuidado a esta população, reconhecendo sua vulnerabilidade e a necessidade de atenção específica. Ela preconiza a formação de equipes de saúde multiprofissionais, a integração com a rede externa de saúde, a garantia de acesso a medicamentos e exames, e a implementação de programas de

prevenção e controle de doenças, como a TB. No entanto, na prática cotidiana, a implementação da PNAISP ainda enfrenta sérios entraves operacionais, estruturais e formativos. Esses entraves incluem a falta de financiamento adequado, a burocracia excessiva, a resistência institucional e a carência de profissionais capacitados e motivados para atuar nesse ambiente. Essa discrepância entre o que a política preconiza e a realidade vivenciada nos presídios justifica uma investigação mais aprofundada, capaz de identificar as raízes dessas falhas e propor caminhos para superá-las (Allgayer *et al*, 2019).

A rotina nesses ambientes é marcada por sobrecarga de trabalho, recursos limitados, riscos à segurança, e um cenário constante de violação de direitos humanos que impacta diretamente a saúde mental e física desses trabalhadores. A complexidade do manejo da TB no cárcere adiciona uma camada extra de estresse e responsabilidade, exigindo dos enfermeiros não apenas competência técnica, mas também uma capacidade de adaptação e resiliência excepcionais. No entanto, o reconhecimento desses desafios e o suporte adequado a esses profissionais ainda são insuficientes (Cortez *et al*, 2021).

A escassez de estudos que abordem de forma crítica e abrangente essa atuação reforça a importância de pesquisas como esta, que buscam dar visibilidade às práticas, dificuldades e potencialidades da enfermagem nesse campo tão específico e, ao mesmo tempo, tão crucial para a saúde pública. Há uma necessidade urgente de que a academia produza conhecimento que não apenas descreva a realidade, mas que também ofereça *insights* e soluções para os problemas enfrentados. A invisibilidade da enfermagem prisional no debate público e acadêmico contribui para a manutenção de um ciclo de negligência, onde as demandas e necessidades desses profissionais e da população que eles assistem permanecem sem resposta.

Tendo em vista a relevância do tema, o objeto deste estudo foi analisar através de revisão de literatura os desafios vivenciados pela enfermagem na assistência a pacientes privados de liberdade acometidos pela tuberculose. Essa análise não se limitará a descrever os problemas, mas buscará interligá-los, compreendendo as suas causas e consequências para a qualidade do cuidado. Compreender essa relação é fundamental para propor melhorias concretas.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Tuberculose**

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa devastadora, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, um bacilo aeróbico notório por sua capacidade de afetar predominantemente os pulmões, mas com a versatilidade de acometer virtualmente qualquer outro órgão ou tecido do corpo humano. Desde 1993, a doença foi reconhecida como uma epidemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um status que, lamentavelmente, ainda se mantém. Mais de três décadas após esse reconhecimento, a TB persiste como uma das doenças transmissíveis mais letais do mundo, desafiando sistemas de saúde e comunidades em todos os continentes (Cortez *et al.*, 2021). Sua resiliência e capacidade de adaptação aos avanços da medicina a tornam um inimigo persistente na agenda da saúde global.

A infecção pela TB se dá predominantemente por via aérea, a partir da inalação de aerossóis microscópicamente pequenos liberados por indivíduos com tuberculose pulmonar ativa. Quando uma pessoa com TB pulmonar tosse, espirra ou fala, ela expelle gotículas contendo os bacilos, que podem permanecer suspensos no ar por horas. A inalação dessas partículas por um indivíduo suscetível é a principal forma de contágio. A dinâmica de transmissão é potencializada em ambientes fechados, mal ventilados e superlotados, onde a concentração de aerossóis infectados é maior, e o risco de inalação, consequentemente, aumenta (Cortez *et al.*, 2021).

Após o contágio inicial, o destino da infecção pode seguir diferentes caminhos. Em muitos casos, a doença pode permanecer em um estado latente por anos, ou até mesmo por toda a vida, sem manifestar sintomas. Nesse estágio, o sistema imunológico do indivíduo consegue conter o bacilo, impedindo sua proliferação e o desenvolvimento da forma ativa da doença. No entanto, a reativação da TB latente pode ocorrer, especialmente em situações de imunossupressão, onde a capacidade de defesa do organismo é comprometida. Fatores como infecção pelo HIV, diabetes, desnutrição, uso de imunossupressores, tabagismo, alcoolismo e outras comorbidades podem enfraquecer o sistema imune e permitir que o *Mycobacterium tuberculosis* se prolifere, levando ao desenvolvimento da forma ativa da doença. Estima-se que cerca de 10% das pessoas infectadas desenvolvem a forma ativa da doença ao longo da vida (Ferreira *et al.*, 2022).

O tratamento da TB é a pedra angular do controle da doença e possui objetivos claros e interconectados: a cura do paciente, a prevenção da transmissão e a interrupção da cadeia de contágio. Para alcançar esses objetivos, é necessário um regime terapêutico rigoroso e eficaz que inclua a associação de medicamentos antibacilares com ação esterilizante e bactericida. A combinação de diferentes fármacos é fundamental para atacar o bacilo em múltiplas frentes,

reduzir o risco de desenvolvimento de resistência e garantir a eliminação completa da infecção (Rabahi *et al.*, 2017).

No Brasil, o esquema padrão de tratamento recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) consiste em duas fases distintas. A fase inicial, intensiva, dura dois meses e envolve a associação de quatro medicamentos: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE). Essa combinação é responsável pela rápida eliminação de uma grande parte da carga bacilar e pela redução da infectividade do paciente. Após essa fase, segue-se a fase de manutenção, que dura mais quatro meses, com a administração de apenas dois medicamentos: rifampicina e isoniazida (RH), totalizando seis meses de tratamento (Rabahi *et al.*, 2017). A aderência rigorosa a esse esquema é crucial para o sucesso terapêutico.

Embora a eficácia biológica do tratamento da TB seja notavelmente alta, alcançando até 95% de cura quando seguido corretamente, sua efetividade prática é frequentemente comprometida por múltiplos fatores. Destacam-se a adesão inadequada por parte dos pacientes, que pode levar à descontinuação prematura da medicação; os efeitos adversos dos medicamentos, que podem ser desconfortáveis e desestimular o paciente a continuar o tratamento; e as barreiras no acesso aos serviços de saúde, que dificultam o acompanhamento regular e a obtenção dos medicamentos (Cortez *et al.*, 2021).

A complexidade do regime medicamentoso, com múltiplos comprimidos e a necessidade de tomá-los por um período prolongado, contribui para a dificuldade de adesão. Para mitigar esses problemas e garantir a continuidade do tratamento, a OMS recomenda a adoção do Tratamento Diretamente Observado (TDO), especialmente nos primeiros dois meses da terapia. O TDO consiste na supervisão direta da ingestão dos medicamentos por um profissional de saúde ou um agente comunitário capacitado, o que aumenta significativamente a taxa de adesão e permite o monitoramento do progresso terapêutico, além de identificar e manejar precocemente os efeitos adversos (Rabahi *et al.*, 2017). A implementação efetiva do TDO exige recursos humanos, logística e um compromisso institucional que muitas vezes são desafios em contextos de escassez e precariedade.

Além dos desafios terapêuticos, a TB demanda uma vigilância contínua e rigorosa. Por ser uma doença de notificação compulsória no Brasil, todos os casos diagnosticados devem ser registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esse registro minucioso deve incluir detalhamento clínico e epidemiológico, permitindo que as autoridades de saúde monitorem a incidência da doença, identifiquem padrões de transmissão e avaliem a eficácia das intervenções. A notificação correta e o preenchimento completo das fichas de

investigação são fundamentais para a produção de dados epidemiológicos confiáveis, que subsidiam o planejamento e a execução de ações de controle da TB em nível local, regional e nacional (Ferreira *et al.*, 2022).

Os desfechos possíveis de um caso de tuberculose são diversos e refletem a complexidade do manejo da doença: cura, abandono, falência terapêutica, transferência para outra unidade de saúde ou óbito. Cada um desses desfechos têm implicações distintas para a saúde individual do paciente e para a saúde pública. A cura é o objetivo principal, indicando a eliminação da infecção. O abandono do tratamento, por outro lado, é um grave problema, pois pode levar à recidiva da doença, ao desenvolvimento de resistência medicamentosa e à manutenção da cadeia de transmissão. A falência terapêutica indica que o esquema de tratamento não foi eficaz, exigindo uma reavaliação do caso e a adoção de um novo regime. A transferência de pacientes entre unidades ou regiões exige um sistema de comunicação e acompanhamento robusto para garantir a continuidade do cuidado. O óbito, infelizmente, ainda é um desfecho lamentável para muitos pacientes, especialmente aqueles com comorbidades e acesso tardio ao diagnóstico e tratamento. (Ferreira *et al.*, 2022).

Mesmo com avanços significativos na cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) e nos programas de controle da TB, o Brasil ainda figura entre os 30 países com maior carga de tuberculose no mundo. Essa triste realidade demonstra que os esforços, embora relevantes, ainda são insuficientes para erradicar ou controlar a doença de forma mais eficaz no país. As causas dessa persistência são multifatoriais e profundamente enraizadas em questões sociais e estruturais (Cortez *et al.*, 2021).

As desigualdades regionais são um fator preponderante. Enquanto algumas regiões do país apresentam indicadores de controle da TB mais favoráveis, outras, especialmente as mais vulneráveis socialmente e com menor investimento em saúde, continuam a registrar elevadas taxas de incidência, prevalência e mortalidade. Essas desigualdades refletem a distribuição desigual de recursos, o acesso limitado a serviços de saúde de qualidade e a falta de infraestrutura adequada em muitas comunidades (Ferreira *et al.*, 2022).

Além disso, as barreiras sociais desempenham um papel crucial. A pobreza, a má nutrição, as condições de moradia precárias, o acesso limitado à educação e ao saneamento básico são fatores que aumentam a suscetibilidade à infecção e ao desenvolvimento da doença, e dificultam a adesão ao tratamento. Populações em situação de rua, povos indígenas, pessoas privadas de liberdade e indivíduos que vivem com HIV/AIDS são exemplos de grupos que enfrentam maior vulnerabilidade social e, conseqüentemente, maior risco de TB. (Ferreira *et al.*, 2022).

## **2.2 Sistema Prisional Brasileiro**

Segundo Bueno (2021), o sistema prisional brasileiro não é apenas um reflexo, mas um amplificador das profundas desigualdades sociais e da falência do Estado em garantir direitos fundamentais. Longe de cumprir sua função constitucional de ressocialização e de garantir a dignidade da pessoa humana, o que se observa nas prisões do país é um cenário de superlotação crônica, insalubridade alarmante, abandono institucional e uma exclusão social legitimada pelo próprio Estado. Este panorama desolador transforma o encarceramento em uma pena que vai muito além da privação de liberdade, tornando-se uma experiência de degradação e violação sistemática de direitos. A promessa de reintegração social é substituída por um ciclo vicioso de violência e marginalização, com consequências nefastas para os indivíduos e para a sociedade como um todo.

A superlotação é, indubitavelmente, uma das expressões mais visíveis e gritantes da falência estrutural do sistema prisional brasileiro. Os dados são alarmantes e revelam uma expansão descontrolada da população carcerária que não foi acompanhada por qualquer investimento proporcional em infraestrutura. Soares Filho e Bueno (2016) analisaram que o crescimento da população carcerária brasileira foi de impressionantes 575% em apenas 24 anos. Esse aumento exponencial ocorreu sem que houvesse, de forma equivalente, investimentos na ampliação de vagas ou na melhoria das condições de encarceramento. O resultado é um cenário em que as celas, originalmente projetadas para abrigar um número reduzido de pessoas, frequentemente comportam o dobro, o triplo, ou até mais detentos do que sua capacidade real.

Nessas condições de aglomeração extrema, o ambiente prisional torna-se inerentemente insalubre, mal ventilado e com iluminação precária. A falta de espaço para a circulação de ar e a escassez de luz natural criam um terreno fértil para a proliferação de doenças respiratórias, de pele e infecciosas, como a tuberculose, que encontra no confinamento superlotado um vetor ideal para sua disseminação. Além disso, a superlotação impacta diretamente a capacidade dos detentos de realizarem atividades básicas e essenciais à dignidade humana. A ausência de espaços adequados para alimentação, higiene pessoal, visitas familiares e atendimento básico em saúde transforma o cotidiano em uma luta pela sobrevivência, onde a privacidade é inexistente e as condições mínimas de bem-estar são negadas. A superlotação não é apenas um problema logístico; ela é um catalisador de outras



violações, amplificando o sofrimento e a degradação humana dentro dos muros das prisões (Bueno, 2021).

Essas condições físicas degradantes são meramente a ponta do iceberg de uma negação sistemática de direitos básicos. A população carcerária brasileira é privada de acesso adequado à saúde, à educação, à assistência jurídica, à informação e à convivência familiar. O direito à saúde, por exemplo, muitas vezes se resume a atendimentos pontuais e emergenciais, com a falta de programas de prevenção, vacinação e tratamento contínuo para doenças crônicas ou infecciosas. O acesso à educação é limitado a poucas iniciativas, longe de atender à demanda de uma população majoritariamente com baixa escolaridade. A assistência jurídica é precarizada, com poucos defensores públicos para um número avassalador de casos, resultando em prisões prolongadas e injustiças. A própria comunicação com o mundo exterior, fundamental para a manutenção dos laços sociais e familiares, é frequentemente dificultada por burocracias e falta de estrutura (Bueno, 2021).

Para além da carência material, há uma desorganização crônica dos serviços institucionais dentro das unidades prisionais. A ausência de um planejamento integrado e de uma gestão eficiente dos recursos disponíveis torna a vida no cárcere ainda mais difícil. A articulação com políticas públicas intersetoriais, que deveriam garantir o acesso a programas de saúde, educação e assistência social fora dos muros da prisão, praticamente inexistente. Isso faz com que o cárcere se torne um espaço isolado da lógica de direitos que deveria reger o Estado Democrático de Direito. Os serviços prisionais operam de forma autônoma e muitas vezes desalinhada com os preceitos constitucionais, transformando o encarceramento em um fim em si mesmo, e não em uma fase de um processo que deveria visar à ressocialização. A falta de coordenação entre os diferentes órgãos e esferas de governo que possuem responsabilidade sobre o sistema prisional resulta em um cenário de inação e omissão que perpetua as violações (Soares Filho; Bueno, 2016).

Segundo Bueno (2021), essa estrutura profundamente degradante é sustentada por uma lógica de exclusão que legitima a violência institucional como prática cotidiana. O autor argumenta que o Estado penal brasileiro atua dentro de um modelo seletivo e autoritário, que destina ao cárcere de forma desproporcional a população negra, pobre e periférica. Essa seletividade é um reflexo das desigualdades sociais historicamente construídas no país. Dentro desse modelo, há uma naturalização do descaso e da degradação das condições de vida dos indivíduos encarcerados, como se a privação de dignidade fosse uma consequência esperada e aceitável da pena.

Ainda segundo o autor esse modelo, sustentado por um discurso punitivista e de controle social, evidencia o que o autor chama de “crise do humanismo”. Nesse cenário, a dignidade dos indivíduos é sistematicamente descartada em nome de uma suposta ordem ou segurança pública que, na prática, não se concretiza. A desumanização dos apenados permite que o Estado e a sociedade se distanciem da responsabilidade de garantir os direitos humanos básicos. A seletividade penal, que atinge predominantemente os grupos sociais mais vulneráveis, reforça a ideia de que a punição é um fardo a ser carregado por uma parcela específica da população, enquanto outros grupos permanecem à margem da justiça penal. Essa lógica perversa perpetua o ciclo de criminalidade e marginalização, em vez de promover a reabilitação e a inclusão social.

As consequências dessa lógica são graves e de longo alcance. A prisão, que constitucionalmente deveria ser um espaço de ressocialização, deixa de cumprir essa função para se tornar um instrumento de perpetuação das desigualdades sociais. Ela opera como um território de exceção dentro do Estado de Direito, onde as normas e os princípios constitucionais são sistematicamente ignorados. A própria Constituição Federal é constantemente violada, na medida em que não se garante aos presos o mínimo existencial, que inclui o direito à vida, à saúde, à integridade física e moral, e a um tratamento digno. A falta de acesso a esses direitos essenciais mina qualquer possibilidade de reintegração social e reforça a exclusão (Soares; Filho, 2016).

Como destaca Soares Filho e Bueno (2016, p. 2000), “a população prisional brasileira encontra-se em uma situação de grave vulnerabilidade e marginalização institucionalizada, sendo tratada como alvo de políticas de contenção e não de inclusão”.

A falência do sistema prisional brasileiro, portanto, não é apenas uma questão de estrutura ou recursos; ela é uma questão de direitos humanos e de compromisso com os valores democráticos. A ausência de políticas eficazes de ressocialização e a manutenção de um ambiente prisional desumano contribuem para a desestabilização social e para a perpetuação da criminalidade, com impactos que se estendem para além dos muros da prisão. É imperativo que essa realidade seja confrontada e transformada, para que o Brasil possa, de fato, garantir a dignidade humana a todos os seus cidadãos, mesmo aqueles que estão atrás das grades (Soares; Filho, 2016).

### **2.3 Condições estruturais e organizacionais das unidades prisionais e seu impacto no cuidado da enfermagem**

As condições estruturais e organizacionais das unidades prisionais brasileiras representam um desafio significativo e multifacetado para o controle da tuberculose (TB) e, consequentemente, para a qualidade da assistência de enfermagem prestada à população privada de liberdade (PPL). A complexidade desse ambiente, marcado pela superlotação carcerária, aliada a problemas crônicos como ventilação inadequada, iluminação insuficiente, más condições sanitárias e a escassez crítica de recursos humanos e materiais, não apenas cria um caldo de cultura propício para a disseminação de doenças infecciosas como a TB, mas também obstrui de forma severa a implementação de ações de cuidado, vigilância epidemiológica e promoção da saúde. Essa conjuntura adversa desafia diretamente a capacidade dos profissionais de enfermagem em prover uma assistência digna e eficaz, conforme preconizado pelas diretrizes de saúde pública (Cortez *et al*, 2021).

A literatura científica corrobora que o ambiente prisional é intrinsecamente um fator de risco elevado para a tuberculose. Segundo Ferreira *et al.* (2019), o risco de adoecimento por TB em prisões é até 28 vezes maior quando comparado à população em liberdade. Essa assustadora diferença não é casual; ela decorre de uma intersecção de fatores que incluem o confinamento em celas superlotadas, onde a proximidade física constante facilita a transmissão aerógena do bacilo de Koch.

Além disso, a escassez de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, bem como a insuficiência de profissionais de saúde qualificados, somada à desarticulação entre os serviços de saúde prisional e a rede externa de atenção, criam um cenário onde a detecção precoce e o tratamento contínuo da TB são frequentemente comprometidos. A falta de continuidade do cuidado, agravada pela alta rotatividade de internos e pelas transferências entre unidades, transforma o sistema prisional em um verdadeiro vetor de disseminação da doença, tanto para dentro quanto para fora dos muros. A vulnerabilidade social, econômica e de saúde pré-existente da PPL, que muitas vezes chega ao sistema prisional já com comorbidades e um histórico de acesso precário à saúde, agrava ainda mais o cenário, tornando-os alvos fáceis para a progressão da TB e outras infecções (Ferreira *et al*, 2019).

A baixa cobertura de serviços de saúde dentro das prisões é, sem dúvida, um dos obstáculos mais críticos para o controle da TB. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, por exemplo, revelou dados alarmantes: apenas 15,4% das unidades possuíam um local

específico para coleta de escarro, e uma proporção ainda menor, somente 7,7%, contava com aparelho de raios-X (Allgayer *et al.*, 2019).

Essa deficiência estrutural é um entrave direto ao diagnóstico precoce da TB, que é fundamental para interromper a cadeia de transmissão e iniciar o tratamento adequado em tempo hábil. Além da carência de infraestrutura física, o estudo destacou que apenas 46,2% das equipes de saúde realizaram busca ativa de sintomáticos respiratórios no momento da admissão dos internos. Essa falha na vigilância epidemiológica de entrada é um gargalo significativo, pois muitos indivíduos podem ingressar no sistema prisional já infectados ou desenvolvendo a doença, e a ausência de triagem eficaz permite que o bacilo se espalhe silenciosamente antes mesmo de ser identificado. A vigilância epidemiológica nas prisões, que deveria ser robusta e contínua, mostra-se fragilizada, com protocolos inconsistentes e falhas na notificação e acompanhamento dos casos. A falta de treinamento adequado para os profissionais de enfermagem sobre a importância e os métodos da busca ativa e da vigilância sanitária em ambientes de confinamento também contribui para essa lacuna (Allgayer *et al.*, 2019).

As fragilidades estruturais e organizacionais impactam diretamente o trabalho dos profissionais de enfermagem, que atuam em condições extremamente adversas e com recursos limitados. De acordo com Ferreira *et al.* (2022), a precarização da infraestrutura, associada à alta rotatividade da população carcerária e à descontinuidade no acesso aos exames e ao tratamento, dificulta significativamente o controle efetivo da doença e agrava os desfechos clínicos.

Os autores pontuam de forma contundente que “a TB se insere como uma doença endêmica nos ambientes prisionais pelas condições e situações de confinamento, superlotação, insalubridade e inadequação de infraestrutura, ventilação, iluminação e alimentação” (Ferreira *et al.*, 2022, p. 4452).

Essa citação ressalta a intrínseca relação entre as condições ambientais e a endemicidade da TB. Os enfermeiros, que são a linha de frente da assistência à saúde prisional, vêm-se sobrecarregados pela demanda de uma população doente e pela falta de condições mínimas para executar suas funções. Eles são constantemente desafiados a improvisar, a conciliar a assistência direta com a gestão de recursos escassos, e a lidar com as barreiras impostas pela própria segurança prisional, que muitas vezes prioriza a custódia em detrimento da saúde. A falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados, a ausência de espaços para isolamento de casos suspeitos e confirmados de TB, e a carência de

protocolos claros e seguidos à risca para o manejo de casos, expõem tanto os internos quanto os próprios profissionais a riscos de contaminação e adoecimento (Ferreira *et al.*, 2022).

Além da precariedade estrutural, a revisão de Camillo *et al.* (2022) revela que a desorganização dos serviços de saúde prisional, a ausência de ambientes adequados para o diagnóstico e tratamento da tuberculose e a fragilidade no cumprimento do Tratamento Diretamente Observado (TDO) contribuem para o agravamento dos desfechos clínicos. O TDO, reconhecido como a estratégia mais eficaz para garantir a adesão ao tratamento e prevenir a resistência aos medicamentos, é frequentemente negligenciado ou implementado de forma inconsistente nas prisões brasileiras. Segundo os autores, a não realização do TDO e a falta de recursos físicos e humanos adequados impactam negativamente a continuidade da assistência, evidenciando lacunas graves na implementação de políticas públicas no interior das prisões. Essas falhas estruturais e organizacionais, muitas vezes invisibilizadas ou minimizadas pelas autoridades, agravam a morbimortalidade por tuberculose no sistema prisional, comprometendo drasticamente a efetividade do trabalho da equipe de enfermagem frente às limitações impostas pelo contexto.

No contexto internacional, a situação não difere drasticamente em muitos países, reiterando a universalidade de algumas dessas barreiras. Dara *et al.* (2015), em uma revisão abrangente sobre a situação global da TB nas prisões, identificaram que a ausência de laboratórios adequados, a interrupção no fornecimento de medicamentos e a fraca integração entre os serviços prisionais e civis de saúde são barreiras críticas e recorrentes.

Esses fatores, somados à baixa prioridade dada à saúde prisional por parte de gestores públicos, refletem-se na manutenção de altos índices de transmissão e na reincidência da doença (Dara *et al.*, 2015). A falta de reconhecimento da saúde prisional como um componente essencial da saúde pública em geral, e não como uma entidade isolada, perpetua um ciclo vicioso de adoecimento e tratamento inadequado, com sérias implicações para a saúde coletiva. A ausência de financiamento adequado e de políticas públicas sólidas e duradouras para a saúde prisional impede a implementação de programas eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento.

A ausência de equipes de saúde completas nas unidades prisionais, o baixo número de médicos e a consequente sobrecarga dos enfermeiros comprometem de forma alarmante o cuidado contínuo e integral à saúde da PPL. Em algumas regiões, a situação é tão precária que há apenas um médico para cobrir várias unidades prisionais, com atendimentos esporádicos e muitas vezes insuficientes para a demanda de saúde existente, o que naturalmente sobrecarrega os profissionais de enfermagem e limita severamente sua capacidade de

intervenção (Ferreira *et al.*, 2019). Os enfermeiros, muitas vezes, assumem funções que extrapolam suas atribuições, atuando como verdadeiros “coringas” no sistema de saúde prisional, sendo responsáveis por triagens, administração de medicamentos, curativos, orientações de saúde, e até mesmo por articulações com a rede externa que deveriam ser compartilhadas por uma equipe multiprofissional mais robusta.

Ainda segundo (Ferreira *et al.*, 2019) essa sobrecarga, aliada à complexidade dos casos e à falta de apoio e reconhecimento, gera estresse, esgotamento profissional (burnout) e dificulta a retenção desses profissionais no sistema prisional. A ausência de dentistas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais essenciais para uma atenção integral faz com que os enfermeiros sejam o principal, e por vezes único, ponto de contato dos internos com a saúde, minando a possibilidade de uma abordagem holística e preventiva. A falta de capacitação continuada e a ausência de espaços para discussão de casos e aprimoramento profissional também são fatores que agravam a situação.

Dessa forma, observa-se que as lacunas estruturais e organizacionais evidenciam uma distância abissal entre o que é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP) e a realidade vivenciada nas unidades prisionais. Embora essa política preconize a atenção integral à saúde com equipes multiprofissionais e estrutura adequada para garantir o acesso universal, equitativo e qualificado, na prática, observa-se baixa adesão aos protocolos e um flagrante falta de fiscalização quanto à implementação das diretrizes (Allgayer *et al.*, 2019; Saita *et al.*, 2021).

A PNAISP, que representa um avanço teórico importante, na prática se choca com a realidade de desinvestimento, descaso e inoperância. A ausência de mecanismos eficazes de monitoramento e avaliação da implementação da política impede que as falhas sejam identificadas e corrigidas em tempo hábil. A responsabilidade pela saúde prisional é compartilhada entre os órgãos de saúde e de justiça, o que muitas vezes resulta em uma desarticulação e no que se configura como um “jogo de empurra” de responsabilidades, perpetuando o ciclo de precarização (Allgayer *et al.*, 2019; Saita *et al.*, 2021).

A invisibilidade da população prisional, a estigmatização e a falta de pressão social e política para que as condições de saúde nas prisões melhorem contribuem para a manutenção desse cenário desolador. Para que a PNAISP saia do papel e se torne uma realidade, é imperativo um investimento significativo em infraestrutura, recursos humanos e materiais, acompanhado de uma rigorosa fiscalização e da cobrança de responsabilidades dos gestores. Somente assim será possível minimizar o impacto devastador das condições prisionais na

saúde da PPL e, consequentemente, na saúde pública como um todo. (Allgayer *et al.*, 2019; SAITA *et al.*, 2021).

#### **2.4 Desafios encontrados em relação ao manejo da prática do profissional de enfermagem em ambientes prisionais, em pacientes com tuberculose**

O papel da enfermagem no enfrentamento da tuberculose (TB) dentro do sistema prisional é, sem dúvida, estratégico e imprescindível. Segundo Alves *et al.* (2020), esses profissionais são a espinha dorsal da assistência à saúde nesse contexto, atuando na linha de frente do cuidado e da vigilância. No entanto, a atuação dos enfermeiros é profundamente atravessada por lacunas formativas, limitações técnicas e barreiras institucionais que comprometem a efetividade tanto das ações de vigilância epidemiológica quanto da adesão ao tratamento por parte das pessoas privadas de liberdade (PPL). A complexidade do ambiente prisional, com suas peculiaridades de segurança, superpopulação e restrições de movimento, adiciona camadas de dificuldade a uma prática que já exige conhecimento especializado e resiliência. Esses desafios não apenas afetam a qualidade do cuidado individual, mas também têm implicações diretas na saúde pública, dado o potencial de disseminação da TB para fora dos muros prisionais.

Os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem no manejo da TB em ambientes prisionais são múltiplos e interligados, iniciando pela falta de capacitação adequada. Conforme apontado por Silva *et al.* (2015), além das dificuldades estruturais já citadas, existem barreiras tecnológicas que impactam diretamente a realização de atividades de educação permanente.

Essa ausência de um programa robusto e contínuo de formação impede que os enfermeiros estejam atualizados com as diretrizes mais recentes de controle da TB e com as melhores práticas de cuidado para essa população específica. O conhecimento técnico-científico da equipe de enfermagem em relação ao manejo da TB ainda apresenta fragilidades. Estudos demonstram que muitos profissionais que atuam em unidades prisionais não receberam capacitação específica sobre o protocolo de controle da TB, tampouco sobre a execução adequada do Tratamento Diretamente Observado (TDO), que é essencial para a prevenção da resistência medicamentosa (Nogueira, 2020).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia crucial que é amplamente recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para garantir a adesão adequada ao tratamento da tuberculose (TB), especialmente nas formas mais graves e

transmissíveis da doença. Sua premissa é simples, mas profundamente eficaz: consiste na observação direta da ingestão dos medicamentos pelo paciente. Essa observação é realizada por um profissional de saúde qualificado ou por um agente devidamente capacitado, com uma frequência que pode ser diária ou seguir um protocolo específico, estendendo-se por todo o regime terapêutico (Rabahi *et al.*, 2017). Mais do que um mero ato de supervisão, o TDO é uma ponte para o cuidado contínuo e a garantia de que cada dose seja administrada corretamente.

Os principais objetivos do TDO são multifacetados e diretamente alinhados às metas de controle da TB. Primeiramente, ele visa assegurar o uso correto dos fármacos, garantindo que o paciente tome a dose certa, no momento certo e pelo período determinado. Essa precisão é fundamental, pois o tratamento da TB é complexo e exige rigor. Em segundo lugar, o TDO busca reduzir drasticamente os índices de abandono e interrupção do tratamento (Rabahi *et al.*, 2017).

A TB requer um regime medicamentoso prolongado, que pode durar muitos meses, e muitos pacientes podem se sentir desmotivados ou enfrentar barreiras para a continuidade. A supervisão direta e o vínculo estabelecido com o observador ajudam a superar esses obstáculos. Consequentemente, ao garantir a adesão, o TDO é uma ferramenta poderosa para prevenir o desenvolvimento de formas resistentes da doença, um dos maiores desafios globais no combate à TB. Por fim, e como resultado direto dos objetivos anteriores, o TDO contribui para o aumento significativo das taxas de cura (Rabahi *et al.*, 2017).

O autor explica que a adesão completa e ininterrupta ao tratamento é essencial, pois a interrupção ou o uso irregular dos medicamentos está diretamente associada a consequências severas, como a falência terapêutica, que é quando o tratamento não surte o efeito esperado, e as recaídas, onde a doença retorna após um período de aparente cura.

O risco mais alarmante, contudo, é o surgimento da tuberculose multirresistente (TBDR). A TBDR é uma forma da doença que não responde aos principais medicamentos de primeira linha, demandando esquemas de tratamento mais longos, consideravelmente mais caros e, infelizmente, menos eficazes (Adário *et al.*, 2021).

A emergência da TBDR não só complica a vida do paciente, mas também representa uma ameaça séria à saúde pública, pois sua disseminação é mais difícil de controlar e suas opções terapêuticas são limitadas. Por isso, a importância do TDO transcende o cuidado individual, tornando-se uma estratégia de saúde coletiva vital para conter a resistência antimicrobiana.



No Brasil, o TDO não é apenas uma recomendação; ele foi institucionalizado como parte integrante da política nacional de controle da tuberculose. Essa inclusão formal nas diretrizes do Ministério da Saúde reflete o reconhecimento da sua importância estratégica para o sucesso do programa de controle da doença em nível nacional. A incorporação do TDO na rotina dos serviços de saúde brasileiros demonstra o compromisso do país em seguir as melhores práticas internacionais para enfrentar a TB (Rabahi *et al.*, 2017).

O protocolo padrão de tratamento no Brasil, que se alinha com as recomendações globais da OMS, envolve um regime combinado de medicamentos administrados em duas fases distintas. A fase inicial, ou intensiva, tem a duração de dois meses e é caracterizada pela administração simultânea de quatro medicamentos: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE). Esta fase é crucial para uma rápida redução da carga bacteriana e para diminuir a capacidade de transmissão do paciente (Rabahi *et al.*, 2017).

Após a conclusão da fase intensiva, segue-se a fase de continuação, que dura mais quatro meses e envolve a administração de apenas dois medicamentos: rifampicina e isoniazida (RH). Assim, o regime completo de tratamento totaliza seis meses, com acompanhamento contínuo e preferencialmente sob observação direta (Rabahi *et al.*, 2017). A adesão rigorosa a esse protocolo é fundamental, e a presença do TDO visa garantir que o paciente complete todas as etapas do tratamento, minimizando os riscos de interrupção e suas consequências nefastas.

Embora a eficácia do TDO seja amplamente reconhecida e validada pela ciência, sua implementação na prática, especialmente em um país de dimensões continentais como o Brasil, enfrenta desafios operacionais importantes. A complexidade do sistema de saúde, as desigualdades regionais e as particularidades socioeconômicas da população criam barreiras significativas. A escassez de recursos humanos capacitados é um dos principais obstáculos. Para que o TDO seja realizado de forma eficaz, é necessário um número suficiente de profissionais de saúde ou agentes comunitários de saúde treinados e disponíveis para a observação direta das doses. Em muitas regiões, a falta desses profissionais compromete a cobertura e a qualidade da supervisão, principalmente nas unidades prisionais. (Rabahi *et al.*, 2017).

Outra dificuldade, ainda segundo o mesmo estudo, reside na dificuldade de deslocamento de pacientes até os serviços de saúde, especialmente em áreas rurais ou em comunidades com acesso limitado ao transporte. Para pacientes que precisam se deslocar diariamente ou com frequência para receber a medicação sob observação, o custo financeiro e o tempo gasto podem ser impeditivos, levando ao abandono.

A falta de integração entre os diferentes níveis da rede assistencial também se configura como uma barreira frequente. A desarticulação entre a Atenção Primária, os serviços especializados e, em contextos específicos como o prisional, os serviços de saúde dentro das unidades, dificulta o fluxo de informações e o acompanhamento contínuo dos pacientes. Essa fragmentação pode resultar em perdas de seguimento e interrupção do tratamento. Além disso, aspectos como o estigma social associado à tuberculose, a desinformação sobre a doença e seu tratamento, e fatores socioeconômicos como a pobreza, a desnutrição e a insegurança habitacional, podem comprometer a adesão mesmo sob supervisão. Pacientes podem se sentir envergonhados, não compreender a importância do tratamento ou enfrentar dificuldades financeiras que os impeçam de manter a rotina de visitas, mesmo com o TDO (Rabahi *et al.*, 2017).

Apesar dos desafios, estudos demonstram consistentemente que, quando bem executado, o TDO contribui significativamente para a redução da transmissão comunitária da tuberculose. Ao garantir que os pacientes se tornem não infecciosos mais rapidamente, o TDO tem um impacto direto na cadeia de transmissão da doença, protegendo a comunidade. Além disso, a estratégia promove o fortalecimento do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. A interação regular com o observador cria uma relação de confiança e apoio, o que é fundamental para a adesão e para o bem-estar psicossocial do paciente. Esse vínculo facilita o acompanhamento clínico mais efetivo do paciente, permitindo que o profissional identifique precocemente efeitos adversos dos medicamentos, gerencie comorbidades e ofereça suporte para as dúvidas e dificuldades do paciente ao longo do tratamento (Adário *et al.*, 2021). A supervisão direta também permite que o profissional avalie a resposta ao tratamento e tome decisões clínicas informadas.

No entanto, é fundamental que a estratégia do TDO seja adaptada à realidade local e acompanhada de ações de educação em saúde, acolhimento e suporte psicossocial ao paciente. O TDO não é uma abordagem única para todos; ele precisa ser flexível e sensível às necessidades individuais de cada paciente e às características da comunidade em que vivem. A formação insuficiente dos trabalhadores e a ausência de educação permanente dificultam a incorporação das práticas recomendadas, afetando diretamente os resultados terapêuticos (Valença *et al.*, 2016). Isso significa que, mesmo com as melhores intenções, a falta de preparo formal e contínuo leva a uma atuação menos assertiva e, consequentemente, a resultados de saúde insatisfatórios para a população. O conhecimento empírico, embora valioso na experiência prática e na construção de um repertório profissional, não substitui a

necessidade de atualização constante e de alinhamento com as diretrizes e protocolos baseados em evidências científicas.

Ainda que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) incluem a capacitação como diretriz básica, na prática, observa-se uma carência de estratégias educativas contínuas, o que leva à execução fragmentada das ações de saúde (Allgayer *et al.*, 2019). Muitas vezes, os profissionais recorrem a conhecimentos empíricos, baseados na vivência cotidiana, sem respaldo em diretrizes padronizadas. Esse cenário é agravado pela rotatividade dos servidores e pela sobrecarga de trabalho, fatores que dificultam o planejamento e a implementação de rotinas sistematizadas de cuidado. A falta de programas de educação continuada faz com que cada profissional atue de forma isolada, sem uma coesão ou padronização que seriam essenciais para uma resposta eficaz e uniforme à TB no sistema prisional.

Além da falta de capacitação, a prática da enfermagem em ambientes prisionais é moldada e frequentemente dificultada por barreiras institucionais. A precariedade das condições de trabalho e a ausência de apoio institucional desmotivam os profissionais, contribuindo para uma postura defensiva e, por vezes, distante. Essa postura pode impactar negativamente na adesão ao tratamento pelos reclusos, que já se encontram em uma situação de vulnerabilidade e desconfiança (Ferreira *et al.*, 2022).

De acordo com Ferreira *et al.* (2022, p. 4452), “a ausência de vínculo e acolhimento, o preconceito por parte dos profissionais e a dificuldade no acesso a exames, consultas e tratamentos representam pontos de estrangulamento sobre o controle da TB”.

Essa citação ressalta a complexidade das relações no ambiente prisional, onde a falta de empatia e a estigmatização podem criar barreiras psicológicas e emocionais que dificultam a cooperação do paciente no tratamento. O estresse inerente ao trabalho em um ambiente prisional, somado à falta de reconhecimento e à sobrecarga, pode levar os profissionais a adotarem mecanismos de defesa que, embora compreensíveis, afetam a qualidade da interação com os internos (Saita *et al.*, 2021).

Um levantamento realizado por Saita *et al.* (2021) mostrou que o abandono do tratamento da TB entre a população prisional está associado a fatores como a ausência de exames de escarro no diagnóstico e no acompanhamento, o atendimento irregular, além da falta de orientações adequadas por parte da equipe de saúde. O estudo ressalta que a adoção

do TDO, ainda que recomendada, nem sempre é realizada de forma sistemática como explicado acima, o que compromete a eficácia da terapêutica e amplia o risco de desfechos desfavoráveis, como a resistência medicamentosa e a reincidência da doença. A irregularidade no atendimento médico e de enfermagem, impulsionada pela escassez de profissionais e pela alta demanda, impede o monitoramento contínuo da saúde do paciente e a identificação precoce de efeitos adversos dos medicamentos, o que pode levar à interrupção do tratamento por parte do interno.

Outro aspecto relevante está relacionado à falta de protocolos bem definidos e à deficiência de supervisão técnica nas unidades prisionais. Em muitos locais, não há enfermeiros em número suficiente para acompanhar de forma contínua os casos de TB, e quando há, esses profissionais acabam acumulando múltiplas funções administrativas e assistenciais (Allgayer *et al.*, 2019). Essa sobrecarga dificulta a dedicação exclusiva e o aprofundamento nos casos de TB, resultando em uma gestão menos eficaz da doença. A ausência de um sistema de supervisão e auditoria regular impede a identificação de gargalos na assistência e a implementação de ações corretivas. Sem protocolos claros e bem difundidos, a prática da enfermagem pode se tornar inconsistente, variando de uma unidade para outra ou até mesmo entre profissionais na mesma unidade, prejudicando a padronização e a qualidade do cuidado.

Além disso, a desarticulação entre os serviços de saúde prisionais e a rede externa de saúde (Unidades Básicas de Saúde, serviços de referência em pneumologia, laboratórios, entre outros) dificulta o fluxo de encaminhamentos, exames complementares e, crucialmente, a continuidade do cuidado após a soltura do interno. Essa descontinuidade pode levar à interrupção do tratamento e ao aumento da incidência e resistência da doença (Dara *et al.*, 2015).

Quando um indivíduo é liberado do sistema prisional sem um plano de continuidade de tratamento bem estabelecido com a rede de saúde externa, há um risco elevadíssimo de abandono da medicação, reativação da doença e desenvolvimento de TB multirresistente, o que representa uma ameaça não apenas para o ex-interno, mas para toda a comunidade. A falta de comunicação efetiva e de sistemas de referência e contrarreferência bem estruturados entre as unidades prisionais e a rede de atenção primária e secundária é um dos maiores entraves à saúde pública como um todo. A burocracia, a falta de investimento em sistemas de informação integrados e a ausência de parcerias sólidas entre as secretarias de saúde e de justiça contribuem para essa desarticulação (Dara *et al.*, 2015).

Nesse sentido, Lima (2015) ressalta que o manejo da tuberculose por parte dos profissionais de enfermagem no sistema prisional é profundamente afetado pela ausência de suporte institucional e de preparo técnico específico para o contexto carcerário. A autora destaca que muitos enfermeiros enfrentam dificuldades para realizar adequadamente a triagem clínica, o acompanhamento dos sinais e sintomas, o registro de informações relevantes e a condução de orientações educativas, em razão da sobrecarga de funções e da escassez de recursos humanos.

Além disso, o distanciamento entre a teoria apresentada nas diretrizes nacionais e a realidade prática encontrada nas unidades prisionais contribui para a adoção de condutas empíricas e improvisadas, muitas vezes dissociadas dos protocolos estabelecidos. Tais condições revelam a urgência de estratégias que valorizem o protagonismo da enfermagem no enfrentamento da tuberculose, por meio de formação continuada, suporte técnico e reconhecimento do contexto específico em que esses profissionais atuam. A superação desses desafios exige um compromisso multifacetado que envolva investimentos em infraestrutura, recursos humanos, educação e articulação intersetorial, visando garantir que os enfermeiros possam exercer sua função essencial de forma plena e eficaz na luta contra a TB no sistema prisional. Sem essas mudanças, a PPL continuará a ser uma população negligenciada em termos de saúde, com consequências graves para a saúde individual e coletiva.

## **2.5 Estratégias para aprimorar a assistência de enfermagem a pacientes privados de liberdade com tuberculose**

Diante das múltiplas barreiras estruturais, organizacionais e humanas enfrentadas pela enfermagem no cuidado à tuberculose (TB) em ambientes prisionais, torna-se urgente a adoção de estratégias que viabilizem uma assistência mais efetiva, contínua e humanizada. A complexidade do ambiente prisional exige uma abordagem multifacetada e integrada, que vá além das ações pontuais. Essas estratégias devem articular, de forma sinérgica, ações de educação permanente, a melhoria das condições de trabalho e o fortalecimento da articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde. Somente com um plano de ação abrangente será possível transformar a realidade da saúde prisional e garantir o direito à saúde da população privada de liberdade (PPL), mitigando os riscos de saúde pública que a TB representa, tanto dentro quanto fora dos muros da prisão (Ferreira *et al*, 2025).

Uma das estratégias centrais e mais impactantes é o fortalecimento da educação permanente para os profissionais de enfermagem, especialmente no que se refere às ações de

vigilância ativa, diagnóstico oportuno e condução do Tratamento Diretamente Observado (TDO), caso seja aplicado de maneira correta (Nogueira, 2020).

Conforme aponta Nogueira (2020), muitos profissionais atuantes em unidades prisionais relataram ausência de capacitação específica para lidar com a tuberculose, o que compromete tanto a qualidade do cuidado quanto a adesão terapêutica por parte dos internos. Essa lacuna formativa não apenas limita o conhecimento técnico, mas também a capacidade de adaptar as práticas assistenciais às peculiaridades do ambiente prisional. A educação permanente deve ser contínua, acessível e específica para o contexto carcerário, abordando desde os aspectos epidemiológicos da TB até as técnicas mais avançadas de manejo de casos, incluindo a detecção precoce de sintomáticos respiratórios, a coleta e envio de amostras para diagnóstico laboratorial, e a gestão de casos de resistência medicamentosa.

Nesse sentido, a padronização de protocolos de atendimento é considerada essencial. Ferreira *et al.* (2022) destacam que fluxos assistenciais bem definidos e adaptados ao ambiente prisional podem garantir maior segurança no manejo dos casos, facilitar o acompanhamento sistemático do tratamento e reduzir o número de abandonos. Protocolos claros, atualizados e de fácil acesso para toda a equipe de enfermagem fornecem um roteiro para a atuação, minimizando a improvisação e garantindo uma abordagem consistente para todos os pacientes. Além disso, os registros de enfermagem, quando feitos de forma criteriosa, contribuem para o monitoramento dos indicadores epidemiológicos e clínicos e para a avaliação da efetividade das intervenções. Um sistema de registro robusto e padronizado permite o acompanhamento longitudinal dos casos, a identificação de tendências, a avaliação da adesão ao TDO e a identificação de possíveis falhas na assistência. A implementação de sistemas de informação em saúde eficientes, que possam ser acessados e atualizados pela equipe de enfermagem, é crucial para a tomada de decisão baseada em dados e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado. A capacitação para o uso desses sistemas e para a importância dos registros é igualmente fundamental.

A literatura também enfatiza a necessidade premente de integrar os serviços de saúde prisional à rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa articulação é indispensável para garantir acesso a exames diagnósticos complexos, serviços especializados (como pneumologistas e infectologistas), e, crucialmente, a continuidade do tratamento após transferência ou liberação do recluso. Como alertam Dara *et al.* (2015), a fragmentação entre o sistema prisional e os serviços civis de saúde compromete a fluidez das informações clínicas e pode resultar na descontinuidade do cuidado, com risco de recidiva e agravamento da doença, além de favorecer o surgimento de multirresistência.

Para a enfermagem, essa integração significa a possibilidade de referenciar pacientes para exames que não podem ser realizados na unidade prisional (como tomografias, por exemplo), agendar consultas com especialistas externos e, principalmente, assegurar que o paciente que está deixando o sistema prisional tenha seu tratamento de TB transferido e acompanhado por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em sua comunidade (Dara *et al*, 2015).

A criação de fluxos de referência e contrarreferência claros e eficazes, com o uso de prontuários eletrônicos compartilhados ou sistemas de comunicação interligados, é vital. O papel do enfermeiro nessa articulação é estratégico, atuando como elo entre o sistema prisional e a rede externa, garantindo que as informações clínicas relevantes cheguem aos profissionais que darão continuidade ao tratamento e que o paciente não se perca no sistema após a saída. Essa integração vai além da simples transferência de informações; ela requer a construção de parcerias sólidas entre as secretarias de saúde e de justiça, o estabelecimento de convênios e a sensibilização de todos os atores envolvidos sobre a importância da continuidade do cuidado para a saúde individual e coletiva (Dara *et al*, 2015).

Outra proposta relevante consiste em ampliar o número e a qualificação das Equipes de Saúde Prisional (ESP), com profissionais em regime de dedicação exclusiva. Allgayer *et al*. (2019) observaram que a sobrecarga das equipes e a carência de recursos materiais dificultam a aplicação do TDO e comprometem o controle da doença dentro das unidades. Um número insuficiente de enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos e outros profissionais de saúde sobrecarrega os que estão presentes, limitando o tempo e a atenção que podem dedicar a cada paciente e a cada caso de TB. Equipes completas e com um número adequado de profissionais garantem que a assistência não seja apenas reativa, mas também preventiva, com ações de promoção da saúde, busca ativa de sintomáticos respiratórios e acompanhamento contínuo dos pacientes em tratamento.

A qualificação não se refere apenas à formação acadêmica, mas também ao treinamento específico para atuar em ambientes de segurança máxima, com conhecimento sobre as normas de segurança, o manejo de situações de crise e a comunicação eficaz com a PPL. Profissionais dedicados exclusivamente ao sistema prisional desenvolvem um conhecimento aprofundado das particularidades desse ambiente, o que favorece a criação de vínculo com os internos e a implementação de estratégias de cuidado mais adaptadas e eficazes. A criação de um plano de carreira para profissionais de saúde do sistema prisional, com incentivos e oportunidades de desenvolvimento profissional, também seria fundamental para atrair e reter talentos (Lima, 2015).

Para Teles (2021), a superação dos desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem no sistema prisional exige, prioritariamente, a alocação adequada de recursos que já são escassos, de modo a atender às reais necessidades da população privada de liberdade. Isso inclui não apenas recursos humanos, mas também materiais e tecnológicos, como a disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados, insumos para coleta de exames, medicamentos em quantidade suficiente e tecnologia para diagnóstico rápido. Outro ponto crucial é a necessidade de reduzir a quantidade de indivíduos por cela, de modo a minimizar os riscos de transmissão de TB e melhorar as condições sanitárias gerais do ambiente prisional. A superlotação é um fator de risco inquestionável para a disseminação de doenças infecciosas, e sua redução é uma medida de saúde pública fundamental. A melhoria da ventilação, iluminação e saneamento básico nas celas e áreas comuns são condições mínimas para um ambiente que não seja um vetor de doenças.

Paralelamente, é fundamental promover uma mudança de cultura institucional, valorizando a educação permanente e continuada dos profissionais de saúde. Essa mudança de cultura implica em reconhecer a importância da saúde prisional como um componente vital da saúde pública, investindo em políticas que promovam o bem-estar dos profissionais e da PPL. Uma cultura institucional que valoriza o aprendizado contínuo, a inovação e a humanização do cuidado contribui para a atualização constante das práticas assistenciais e para a maior atenção aos sinais e sintomas apresentados pelos internos. Isso envolve a criação de espaços de discussão, a promoção de pesquisas no ambiente prisional e o estímulo à participação dos profissionais em congressos e eventos científicos (Lima, 2015).

Por fim, destaca-se a importância de reforçar a fiscalização do cumprimento dos protocolos e diretrizes legais já existentes, os quais asseguram direitos básicos à saúde, mas que, muitas vezes, não são efetivamente aplicados no cotidiano das unidades prisionais. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP) e as diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) são documentos importantes que, se implementados e fiscalizados, poderiam transformar a realidade da saúde prisional. A criação de mecanismos de auditoria externa e a atuação mais incisiva dos órgãos de controle, como o Ministério Público e o Conselho Nacional de Justiça, são essenciais para garantir que as leis e políticas sejam cumpridas e que a PPL tenha acesso à saúde de qualidade, minimizando o impacto devastador da TB nesse cenário (Allgayer *et al*, 2019).



### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, por buscar compreender os significados atribuídos pelos profissionais de enfermagem à sua prática cotidiana no cuidado a pessoas privadas de liberdade com tuberculose. A pesquisa em questão é de nível exploratório e descritivo.

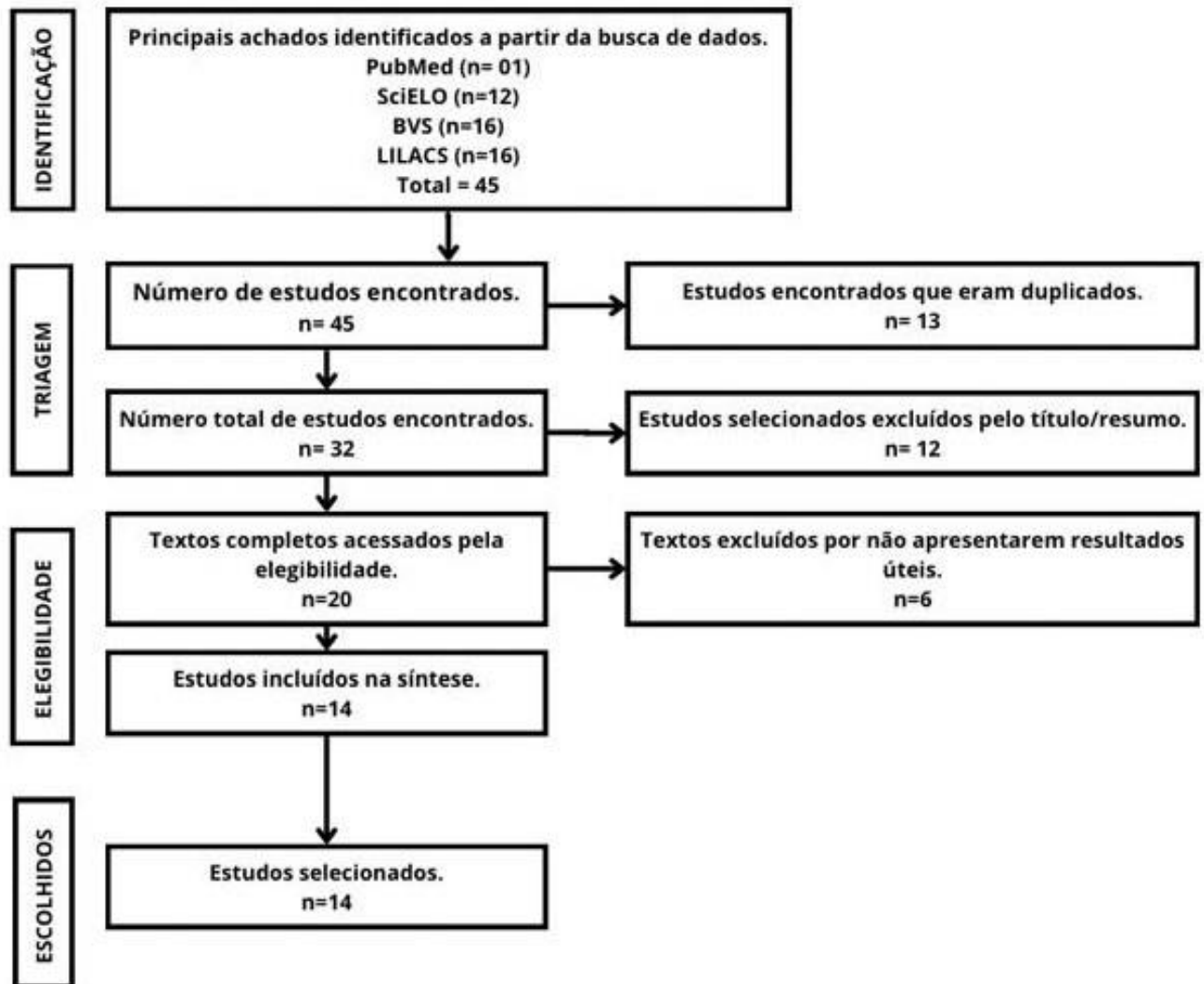
Quanto aos meios técnicos, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada a partir da seleção e análise de materiais científicos disponíveis em bases de dados especializadas. A revisão de literatura foi conduzida com o intuito de identificar estudos relevantes, atualizados e com rigor metodológico sobre a temática proposta.

As fontes utilizadas foram pesquisas de artigos científicos, dissertações e documentos técnicos publicados em bases de dados reconhecidas, como, SciELO, PUBMED, LILACS e BVS. A seleção considerou publicações entre os anos de 2012 e 2025, com foco em estudos voltados à saúde prisional, enfermagem, vigilância da tuberculose e políticas públicas de atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no Brasil.

Os descritores utilizados foram consultados em português, inglês e espanhol, sendo selecionados os seguintes termos: tuberculose; enfermagem; sistema prisional; saúde pública; pessoas privadas de liberdade, tuberculosis; nursing; prison system; public health; incarcerated individuals, combinados entre si com operadores booleanos (“and” e “or”), de modo a abranger diferentes possibilidades de cruzamento.

Foram incluídos na pesquisa, artigos completos disponíveis gratuitamente, estudos publicados em português, inglês ou espanhol, pesquisas voltadas à atuação da enfermagem, tuberculose e sistema prisional, documentos técnicos de relevância institucional (como manuais e diretrizes do ministério da saúde e da organização mundial da saúde). Foram excluídos artigos duplicados, trabalhos com foco exclusivo em outras doenças, estudo de opinião, sem fundamentação científica, nesse processo foram incluídos 14 artigos, conforme explicitado na figura 1, que mostra o fluxograma de seleção dos artigos incluídos nesta revisão integrativa.

**Figura 1** – Fluxograma da seleção de artigos incluídos nesta revisão, Goiana – PE, Brasil, 2025.



**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

## 4 RESULTADOS

Durante o processo de seleção dos estudos, foram inicialmente identificados 45 trabalhos a partir da busca nas bases de dados PubMed (n = 01), SciELO (n = 12), BVS (n = 16) e LILACS (n = 16). Após a etapa de triagem, 13 estudos foram excluídos por se tratarem de duplicatas, resultando em 32 estudos únicos. Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, sendo excluídos 12 trabalhos por não atenderem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, permanecendo 20 estudos para leitura na íntegra.

Na etapa de elegibilidade, os textos completos foram avaliados quanto à relevância e adequação ao objetivo da pesquisa. Desses, 06 foram excluídos por não apresentarem resultados considerados úteis ou compatíveis com os critérios definidos, totalizando 14

estudos incluídos na síntese final. Assim, o processo resultou em um conjunto de 14 estudos selecionados que compuseram a amostra final da revisão, e estão listados abaixo no quadro 1. No quadro 1, consta artigos das bases de dados SciELO, PubMed, LILACS e BVS.

**Quadro 1** – Principais achados extraídos dos artigos selecionados, segundo base de dados, título, autor e ano da publicação, e principais achados de cada estudo. Goiana – PE, Brasil, 2025.

(continua)

Base de dados	Título	Autor-Ano	Principais achados
SciELO	Transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose: discursos de gestores da saúde.	Adário, <i>et al.</i> , 2021.	Os discursos expressaram aspectos favoráveis para operacionalizar o processo de transferência de política, como o investimento em recursos humanos, tecnológicos, físicos e materiais; articular a gestão na organização da rede e sensibilizar os profissionais envolvidos. Identificaram-se barreiras como a prevalência de casos na Unidade de Referência, rotatividade de profissionais, preconceito e vulnerabilidade social.
SciELO	Tuberculose: vigilância e assistência à saúde em prisões.	Allgayer, <i>et al.</i> , 2019.	As ações assistenciais relacionadas à busca de sintomáticos respiratório e Tratamento Diretamente Observado deveriam ser ampliadas, bem como as ações de vigilância e registro nos documentos oficiais do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.
SciELO	Fatores associados à cura e ao abandono do tratamento da tuberculose na população privada de liberdade.	Alves, <i>et al.</i> , 2020.	Este estudo objetivou investigar os fatores associados aos desfechos de cura e abandono na população privada de liberdade com tuberculose. Os desfechos de cura e abandono estão associados principalmente com a realização ou não da baciloscopia de acompanhamento e com a síndrome da imunodeficiência adquirida.
SciELO	Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias.	Brunello, <i>et al.</i> , 2015.	As ações desenvolvidas junto aos pacientes eram majoritariamente centradas na equipe de enfermagem, tornando perceptível a importância desta categoria para o alcance dos indicadores relacionados aos Objetivos do Milênio para tuberculose.
SciELO	O Estado penal, o sistema prisional e a crise do humanismo.	Bueno, <i>et al.</i> , 2021.	Ponderamos que a instituição de violações de direitos humanos nos espaços prisionais só é tarefa possível por que a conjunção social e política brasileira possibilita a efetivação desses procedimentos como ordinários, imbuídos dos fragmentos de nossa história de autoritarismo e repressão.
BVS	Fatores associados ao óbito por tuberculose e HIV/aids em presídios: revisão integrativa.	Camillo, <i>et al.</i> , 2022	O perfil epidemiológico e os fatores associados ao óbito pela tuberculose e pelo HIV/aids no sistema prisional mostram a necessidade de uma estratificação de risco com abordagem continuada e integral da assistência prestada à população afetada por tais condições de saúde.
LILACS	Tuberculose no Brasil: um país, múltiplas realidades.	Cortez, <i>et al.</i> , 2021.	A situação da tuberculose difere entre as cinco regiões do Brasil. Essas diferenças podem dificultar o controle da doença no país e podem explicar o fato de o Brasil não ter atingido o ODM de mortalidade por tuberculose. As medidas de controle da tuberculose devem ser adaptadas para dar conta das diferenças regionais.

**Quadro 1** – Principais achados extraídos dos artigos selecionados, segundo base de dados, título, autor e ano da publicação, e principais achados de cada estudo. Goiana – PE, Brasil, 2025.

(continuação)

PUBMED	Controle da tuberculose nos presídios: situação atual e lacunas de pesquisa.	Dara, <i>et al.</i> , 2015.	Apesar de ser uma causa grave de morbidade e mortalidade entre as populações encarceradas, muitos sistemas prisionais encontram uma variedade de desafios que dificultam o controle da TB. Estes incluem, mas não estão limitados a capacidade laboratorial insuficiente e ferramentas de diagnóstico, fornecimento interrompido de medicamentos, fraca integração entre os serviços civis e prisionais de TB, medidas inadequadas de controle de infecções e baixa prioridade de política para a saúde prisional.
BVS	Determinantes sociais da saúde e desfecho desfavorável do tratamento da tuberculose no sistema prisional.	Ferrerira, <i>et al.</i> , 2022.	O estudo contribui com elementos para a estratificação de risco das pessoas com tuberculose nas unidades de saúde prisionais, fornecendo subsídios para qualificar a assistência para o desfecho favorável dos casos.
BVS	Tuberculose no cárcere e aspectos associados ao local do diagnóstico.	Ferrerira, <i>et al.</i> , 2019.	Os resultados mostram que casos intrincados de TB foram notificados pelos serviços de saúde locais. As estratégias de vigilância e articulação com esses serviços de saúde parecem contribuir para a identificação dos casos de TB.
SciELO	Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica.	Franco, <i>et al.</i> , 2012.	As não conformidades encontradas confrontam a importância dada pela instituição para realização dos registros, treinamentos e a vigilância da comissão de auditoria de enfermagem.
SciELO	Tratamento da tuberculose.	Rabahi, <i>et al.</i> , 2017.	O estudo apresenta aos profissionais da área de saúde as recomendações baseadas na realidade brasileira e fornecer os subsídios necessários para a melhor tomada de decisão frente ao paciente com tuberculose, de modo a minimizar a morbidade e interromper a transmissão da doença.
SciELO	Fatores associados ao desfecho desfavorável do tratamento da tuberculose em pessoas privadas de liberdade: revisão sistemática.	Saita, <i>et al.</i> , 2021.	O estudo entende que os gestores e profissionais de saúde prisionais devem estabelecer mecanismos de vigilância e inovação das ações de saúde voltadas à população privada de liberdade, envidando esforços para reduzir os desfechos desfavoráveis da tuberculose.
SciELO	Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira.	Soares Filho, <i>et al.</i> , 2016.	O presente estudo buscou analisar na direção da garantia do direito humano à saúde as pesquisas mais recentes sobre o perfil da população prisional brasileira e a sua demografia, além das leis e normas existentes.

Fonte: Autor (2025).

## 5 DISCUSSÕES

A análise aprofundada dos estudos que compõem esta revisão bibliográfica evidencia que os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem na assistência a pacientes reclusos com tuberculose (TB) não são meramente operacionais, mas sim reflexos de uma falência estrutural e sistêmica do Estado em garantir o direito fundamental à saúde da População Privada de Liberdade (PPL). O ambiente prisional, com sua endemicidade de TB, atua como um amplificador de desigualdades sociais e sanitárias, conforme postulado por Bueno *et al.* (2021) e Adário *et al.* (2021), e corroborado pelos achados desta pesquisa.

### 5.1 O Impacto das Condições Estruturais na Prática de Enfermagem

Os resultados desta revisão apontam que as condições estruturais precárias das unidades prisionais são o principal catalisador da disseminação da TB e um obstáculo direto à assistência qualificada. A superlotação, a ventilação inadequada e a insalubridade criam um ambiente intrinsecamente propício ao contágio do *Mycobacterium tuberculosis*, onde o risco de adoecimento é drasticamente maior do que na população em liberdade.

A carência de recursos materiais e de infraestrutura mínima, como a falta de espaços adequados para o isolamento de casos suspeitos e a escassez de equipamentos diagnósticos (como locais de coleta de escarro e aparelhos de raio-X), comprometem a capacidade da enfermagem em realizar a vigilância epidemiológica e o diagnóstico precoce, conforme destacado por Allgayer *et al.* (2019), e Dara, *et al.* (2015). Nesse cenário adverso, o enfermeiro, atuando na linha de frente, vê sua capacidade de intervenção severamente limitada pela demanda excessiva e pela falta de condições mínimas para a execução de suas funções, sobrecarregando o profissional e minando a possibilidade de um cuidado integral e humanizado.

### 5.2 Lacunas na Formação Profissional e na Implementação do TDO

Um aspecto crítico levantado pelos resultados obtidos no estudo Tratamento da tuberculose de Rabahi *et al.*, 2017, é a lacuna formativa e a ausência de educação permanente para os profissionais de enfermagem que atuam no sistema prisional. A falta de capacitação específica sobre os protocolos do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)

compromete a efetividade das ações de manejo e, crucialmente, a implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO).

O TDO, sendo a estratégia mais eficaz para garantir a adesão e prevenir o surgimento de formas resistentes da doença (TBDR), é frequentemente negligenciado ou implementado de forma inconsistente nas prisões. Os achados reforçam a urgência dessa supervisão direta, uma vez que o abandono do tratamento está diretamente associado a desfechos desfavoráveis e ao aumento da resistência medicamentosa, representando uma grave ameaça à saúde coletiva. A atuação da enfermagem, embora estratégica para o TDO, é obstaculizada pela desorganização dos serviços e pela alta rotatividade de internos e profissionais, que dificultam o vínculo e a continuidade do cuidado.

### **5.3 Desarticulação de Políticas Públicas e Sistêmicas**

A discussão finaliza ao confrontar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), que preconiza o acesso universal e integral à saúde, com a realidade de sua implementação. Os resultados demonstram que existe um abismo entre o que é estabelecido na política e o que é vivenciado na prática, conforme Franco *et al* (2012), essa discrepância é reflexo da desarticulação entre os serviços de saúde prisionais e a rede externa do SUS, da baixa prioridade política dada à saúde prisional e da carência de financiamento adequado.

Em última instância, a prevalência e o manejo inadequado da TB nas prisões refletem um problema de direitos humanos e de saúde pública. O desfecho favorável do tratamento está intrinsecamente ligado à superação das barreiras estruturais e ao fortalecimento do suporte institucional e formativo à enfermagem. Portanto, a efetivação das políticas de saúde, o investimento em infraestrutura e a valorização do profissional de enfermagem são medidas imperativas para quebrar o ciclo de adoecimento e assegurar o controle da tuberculose no sistema prisional brasileiro, com impactos positivos para a sociedade em geral.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise dos estudos revisados evidencia que os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem na assistência à tuberculose em unidades prisionais não decorrem apenas de limitações individuais, mas são reflexo de um sistema estruturalmente negligente, que

compromete desde a organização dos serviços de saúde até o suporte formativo e institucional necessário ao exercício pleno da enfermagem.

As condições estruturais e organizacionais das unidades prisionais revelam um ambiente adverso à efetividade do cuidado. A superlotação, a ventilação inadequada, a escassez de equipamentos e a ausência de espaços próprios para ações de vigilância e isolamento comprometem diretamente a atuação dos profissionais de enfermagem e favorecem a disseminação da doença, como destacado por Ferreira *et al.* (2019) e Allgayer *et al.* (2019). Além disso, observa-se um abismo entre o que é preconizado por políticas como a PNAISP e a realidade observada nas instituições, onde muitas vezes não há equipes completas ou infraestrutura mínima para executar protocolos básicos de controle da tuberculose (Saita *et al.*, 2021).

A atuação da enfermagem no cuidado à população privada de liberdade com tuberculose aparece como estratégica, mas profundamente afetada por lacunas formativas e ausência de educação permanente. Como mostram Alves *et al.* (2020) e Silva *et al.* (2015), muitos profissionais exercem suas atividades baseando-se em experiências empíricas, com pouca ou nenhuma capacitação voltada ao contexto prisional. A sobrecarga de trabalho e a rotatividade elevada contribuem para um cenário onde práticas descontinuadas, ausência de vínculo com os pacientes e dificuldades no registro das informações clínicas tornam-se rotineiras, como apontado por Nogueira (2020) e Ferreira *et al.* (2022).

A desarticulação entre os serviços de saúde prisionais e a rede externa de atenção agrava ainda mais o quadro. Como salientam Dara *et al.* (2015), essa fragmentação compromete a continuidade do cuidado, especialmente em situações de transferência de internos ou de liberação sem acompanhamento ambulatorial posterior. Tal descontinuidade não apenas afeta os desfechos clínicos, mas contribui para a manutenção da cadeia de transmissão da TB dentro e fora das prisões.

Nesse cenário, diversas estratégias têm sido apontadas como caminhos possíveis para o aprimoramento da assistência. A implementação efetiva de ações de educação permanente, a valorização do enfermeiro como sujeito central no cuidado à TB, o fortalecimento da articulação com a atenção básica e o investimento na estrutura física e humana das unidades prisionais são medidas amplamente discutidas na literatura (Nogueira, 2020; Telles, 2021; Ferreira *et al.*, 2022). No entanto, essas ações ainda encontram barreiras políticas, institucionais e culturais que dificultam sua consolidação na prática.

Portanto, a presente revisão reforça que o enfrentamento da tuberculose no sistema prisional brasileiro exige muito mais do que boas intenções e documentos normativos. É

necessário um compromisso efetivo dos gestores públicos com a saúde prisional, que inclua financiamento adequado, fiscalização contínua, valorização dos profissionais de enfermagem e a integração das ações com os demais níveis do SUS. Somente com esse conjunto de medidas será possível avançar para além do discurso e garantir uma assistência digna, qualificada e resolutiva à população privada de liberdade.



## REFERÊNCIAS

- ADÁRIO, Karinne Dantas de Oliveira; OLIVEIRA, Rita de Cassia Cordeiro de; VIDERES, Arieli Rodrigues Nóbrega; HENRIQUES, Amanda Haissa Barros; PALHA, Pedro Fredemir; BARRÊTO, Anne Jaquelyne Roque. Transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose: discursos de gestores da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, e20200427, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/LrDp9Xd9y5t8ySvRpQ9pWvv/?lang=en>. Acesso em: 16 maio 2025.
- ALLGAYER, M. F. *et al.* Tuberculose: vigilância e assistência à saúde em prisões. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1370-1377, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PQmWw6gw7gbX4kX46HXFkzR/?lang=en>. Acesso em: 16 maio 2025.
- ALVES, Kelle Karolina Ariane Ferreira *et al.* Fatores associados à cura e ao abandono do tratamento da tuberculose na população privada de liberdade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200079, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sDf6r7PBppJnJVPk9Wwz5Lm/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2025.
- BRUNELLO, Maria Eugenia Firmino *et al.* Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. esp., p. 62-69, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/RqzRqjfmZVfhDBjYWs4bQHc/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2025.
- BUENO, Cibelle Doria da Cunha. O Estado penal, o sistema prisional e a crise do humanismo. **Revista Katálisis**, v. 24, n. 1, p. 177-187, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/NG9nNzsgFZT6fLxXGxwdymP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2025.
- CAMILLO, A. J. G. *et al.* Fatores associados ao óbito por tuberculose e HIV/aids em presídios: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, p. eAPE01606, 2022. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/factors-associated-with-death-from-tuberculosis-and-hiv-aids-in-prisons-integrative-review/>. Acesso em: 12 maio 2025.
- CORTEZ, A. O. *et al.* Tuberculose no Brasil: um país, múltiplas realidades. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 2, e20200119, 2021. Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/3449/en-US/tuberculosis-in-brazil--one-country--multiple-realities>. Acesso em: 21 maio 2025.
- DARA, M. *et al.* Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 32, p. 111-117, 2015. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(14\)01747-0/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(14)01747-0/fulltext). Acesso em: 21 maio 2025.

FERREIRA, M. R. L. *et al.* Determinantes sociais da saúde e desfecho desfavorável do tratamento da tuberculose no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4449–4462, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RfL6bRQwZj3X8rVjdpS47Sm/?lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2025.

FERREIRA, M. R. L. *et al.* Tuberculose na prisão e aspectos associados ao local do diagnóstico. **Journal of Infection in Developing Countries**, v. 13, n. 11, p. 968–977, 2019. Disponível em: <https://jids.org/index.php/journal/article/view/32087068>. Acesso em: 22 maio 2025.

FRANCO, M. T. G. *et al.* Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 163–170, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/B7Ry5YhsDKdbF4qBkhBFLPf/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2025.

LIMA, Mônica Cristina Ribeiro Alexandre D’Auria de. **Estratégias para o controle da tuberculose no sistema prisional**: revisão integrativa da literatura. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-08052015-165959/pt-br.php> Acesso em: 15 maio 2025.

MAIA, Maria Eduarda Batista. **Cuidados de enfermagem e adesão ao tratamento da tuberculose na população em situação de rua**: uma scoping review. 2024. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) — Centro Universitário Maurício de Nassau, Natal, 2024. Acesso em: 10 abr. 2025.

RABAHI, M. F. *et al.* Tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, n. 5, p. 472–486, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fr4LscGzFpJFSm6P4Hd5gXL/?lang=en>. Acesso em: 21 maio 2025.

SAITA, N. M. *et al.* Fatores associados ao desfecho desfavorável do tratamento da tuberculose em pessoas privadas de liberdade: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20200583, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4hSbmrh6FcDJbnS4WxRjKVC/?lang=en>. Acesso em: 19 jan. 2025.

SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153–158, 2014. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/210>. Acesso em: 23 out. 2025.

SILVA, Camilla Ferreira da; CALDEIRA, Paulo Henrique de Paula; RODRIGUES, Katiuscia Cardoso; PEREIRA, Flávia Rodrigues. Tuberculose: educação permanente em saúde para profissionais das instituições de privação de liberdade. **Revista Científica FACS**, v. 21, n. 27, p. 100–108, jun. 2021. Disponível em: <https://periodicos.univale.br/index.php/revcientfacs/article/view/247> Acesso em: 23 out. 2025.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MztrXvhhdHyWD8GNn8hfT4h/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2025.

TELES, Eduardo Carvalho. **Atuação da Enfermagem na Assistência à Saúde no Sistema Penal Brasileiro**. 2021. 30 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2021. Disponível em: <https://ri.ucsal.br/server/api/core/bitstreams/8be9399f-b58d-467a-936a-ba13c2848571/content>. Acesso em: 25 maio 2025.