



## Artigo de revisão

# Constrangimentos ao controlo da tuberculose no sistema prisional



Pedro Gonçalo Ferreira<sup>a,\*</sup>, António Jorge Ferreira<sup>b</sup> e Paulo Cravo-Roxo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

<sup>b</sup> Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

<sup>c</sup> Centro de Diagnóstico Pneumológico e Tuberculose de Coimbra, Coimbra, Portugal

### INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

#### Palavras-chave:

Tuberculose  
Prevenção e controlo  
Doenças infecciosas  
Prisões

### R E S U M O

A população nas prisões está a aumentar na maioria dos países do mundo e tem sido relacionada com algumas das taxas mais elevadas de tuberculose (TB) registradas em toda a população humana.

Os surtos de tuberculose nas prisões são há muito, do conhecimento geral mas a aplicação de diretrizes específicas tem sido incompleta e heterogénea devido a diversos obstáculos específicos que têm sido levantados.

O risco infeccioso dos presos, a falta de condições estruturais, o estilo de vida da prisão, o impacto da estratificação hierárquica não oficial dos presos, a descontinuação e disarticulação terapêutica entre as instituições de cuidados médicos foram alguns dos problemas encontrados.

O controlo eficaz da TB em ambiente prisional exigirá uma atenção renovada e uma mais elevada consciencialização política conducente a reformas significativas ao nível do parque prisional.

© 2015 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

### Constraints to tuberculosis control in the prisional system

#### A B S T R A C T

Prison population is rising in the majority of the countries in the world, and has been related to some of the highest tuberculosis (TB) rates ever registered in any human population.

Prison outbreaks have been known to occur but the implementation of specific guidelines was always incomplete and heterogeneous due to specific obstacles posed.

Inmates' infectious risk, lack of structural conditions, prison's lifestyle, impact of inmate nonofficial hierarchical stratification, therapeutic discontinuation and disarticulation between healthcare institutions were some of the encountered problems.

#### Keywords:

Tuberculosis  
Control and prevention  
Infectious diseases  
Prisons

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [p.goncalof@hotmail.com](mailto:p.goncalof@hotmail.com) (P.G. Ferreira).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.11.003>

0870-9025/© 2015 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Managing prison TB effectively will demand a renewed attention and a higher political awareness to major reforms in prisons.

© 2015 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública. This is an open access article under the CC BY-NC-SA license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

A ocorrência de surtos em prisões na Europa de Leste e América é conhecida desde os anos 90<sup>1</sup>. Porém, somente em 1997 surgiu o alerta sobre a problemática prisional por aquela que ficou conhecida como a Declaração de Baku (fig. 1), sublinhando a urgência epidêmica que revestia a tuberculose (TB) prisional e a sua associação com a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e com a crescente farmacoresistência. Apelava ainda à necessidade premente de melhores serviços médicos prisionais, melhores planos de controlo para a TB e de maior comprometimento político, em parceria, entre os ministérios da Saúde, do Interior e da Justiça.

No seguimento dessa declaração, em 1998<sup>2</sup> e 2000<sup>3</sup> surgiram as primeiras linhas de orientação específicas para o controlo da TB em ambiente prisional, porém, a sua implementação foi sempre lenta, incompleta e heterogénea face às especificidades desse cenário<sup>4</sup>. Não obstante um ligeiro progresso, vários obstáculos têm vindo a ser identificados e potenciados pelo paradigma do subfinanciamento e da negligência política, contribuindo para que o parque prisional represente ainda uma importante reserva para a TB<sup>4-6</sup>.

Desse conjunto de fatores serão abordados: a dimensão epidemiológica e demográfica do problema, os fatores de risco específicos dos reclusos e o «estilo de vida prisional», o problema da inadequação infraestrutural penitenciária; os obstáculos específicos oferecidos aos programas de tratamento, a repercussão da hierarquia reclusa paralela, a permeabilidade epidemiológica e a questão tutelar da saúde prisional. Dados recentes referentes à realidade portuguesa são também discutidos.

## A inquietante realidade prisional

O aumento da população encarcerada tem sido reportado por todo o mundo. Atualmente estima-se que mais de 9,8 milhões de indivíduos se encontrem detidos em estabelecimentos prisionais (EP), centros de detenção, esquadras, asilos ou campos de concentração de guerra<sup>7</sup>. Os Estados Unidos da América (EUA), China, Federação Russa e Brasil respondem conjuntamente por mais de metade desse contingente recluso atual. A taxa de encarceramento mundial foi em 2008 de 158/10<sup>5</sup>, tendo 71% dos países, incluindo 68% dos países europeus, incrementaram o seu contingente recluso<sup>7</sup>.

Presentemente a maior taxa de encarceramento com 730/10<sup>5</sup> habitantes pertence aos EUA<sup>8</sup>. A sua «carga» prisional de TB, em declínio desde 1992, apresentou entre 2000-2007 um crescimento anual de 2,4%<sup>9</sup>. Em 2008 a taxa de incidência reclusa de novos casos de TB ativa foi de 4,2/10<sup>5</sup> – um valor 6-

10 vezes superior à da população livre – e a taxa de TB latente de 25%<sup>10,11</sup>.

No continente africano, um estudo realizado numa prisão zambiana<sup>12</sup> encontrou uma prevalência de TB entre 15-20%. Já no Botswana foi reportada uma prevalência geral prisional estimada de 3.797 casos/10<sup>5</sup> reclusos, sem existência de qualquer estratégia de rastreio<sup>13</sup>.

Num conjunto de 22 países europeus<sup>14</sup> foi apurada uma taxa de notificação média de TB prisional de 232/10<sup>5</sup> reclusos, tendo existido países com notificações alarmantes de até 17.808 casos/10<sup>5</sup>. O risco de um recluso desenvolver TB foi até 83,6 vezes superior ao de um indivíduo na comunidade livre.

Relativamente a taxas de infeção, estudos em penitenciárias espanholas e italianas detetaram taxas de 56%<sup>15,16</sup> e 17,9%<sup>17</sup>, respetivamente.

Vários levantamentos epidemiológicos foram efetuados nos últimos anos em países de alta prevalência da Europa de Leste<sup>18-20</sup>. Alguns encontraram taxas de TB prisional entre os valores mais altos alguma vez registados em qualquer outra população humana (tabela 1).

Na Federação Russa, durante a década de 90, a incidência e a mortalidade por TB no sistema penal chegaram a atingir em algumas prisões os 7.000/10<sup>5</sup> e 485/10<sup>5</sup> reclusos, respetivamente, situação que só foi alterada após implementação gradual dos conteúdos estratégicos Tratamento de Breve Duração sob Observação Direta (DOTS) pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>21</sup>. Foram reportadas taxas de mortalidade de 24%<sup>22</sup>, com metade das mortes ocorrendo no espaço prisional<sup>23</sup>. No ano de 2002 as prisões russas apresentavam ainda uma incidência média de novos casos de TB notificados de 2.028/10<sup>5</sup> reclusos<sup>21</sup>.

### The Baku Declaration

*We the participants at the Baku TB in Prisons Meeting recognized that TB has become a major health threat to prisoners, and observing that often-incurable, drug resistant forms of TB are increasing in prisons, and further observing that the spread of HIV within prisons increases the risk of death from TB, and noting that TB in prisons easily spreads into the community from infectious prisoners and infectious prison staff, and acknowledging that adequately funded and staffed prison health services are essential to address the problem of TB in prisons call upon governments, through ministries of Justice and Interior and State and Health to work together toward providing prisoners with adequate health care, and the means to cure TB, and prison health services to implement DOTS and ministries of health to strengthen national TB programmes through application of DOTS strategy and warn that if there is no response to our call for action incurable TB will increase death among prisoners and their families and prison staff and the community (39).*

Baku, 9 July 1997

**Figura 1 – A Declaração de Baku, 1997.  
Baseado em Maher et al.<sup>2</sup>.**

**Tabela 1 – Taxas de notificação anual/prevalência de todas as formas de TB**

Autor	Localização da prisão, país	Notificação anual	Prevalência
Koffi e col	Bouake, Costa do Marfim (1990-92)	7.200/10 <sup>5</sup> hab.	
Drobniewski e col	Sibéria, Rússia (1993)	820/10 <sup>5</sup>	
Auregan e col	Atananarivo, Madagáscar (1993)	2.400/10 <sup>5</sup>	
Rozman e col	São Paulo, Brasil (1993)	2.650/10 <sup>5</sup>	
Al Shareef e col	Jeddah, Arábia Saudita (1993-1995)	456/10 <sup>5</sup>	
Coninx e col	Baku, Azerbaijão (1994)	4.667/10 <sup>5</sup>	
Bollini e col	Chisinau, Moldávia (1996)	2.640/10 <sup>5</sup>	
Wares e col	Tomsk, Rússia (1996)	7.000/10 <sup>5</sup>	
Nyangulu e col	Zomba, Malawi (1996)		5.100/10 <sup>5</sup>
Aerts e col	Tiblissi, Geórgia (1998)	6.500/10 <sup>5</sup>	
Bobrik e col	Okrug indeterminado, Rússia (2002)	4.173/10 <sup>5</sup>	
Wang EA e col	Botswana (2002)		4.173/10 <sup>5</sup>
SEAP - Rio de Janeiro	Prisões estaduais – R. Janeiro, Brasil (2004)	3.300/10 <sup>5</sup> (Média)	
Sánchez e col	Rio de Janeiro, Brasil (2005)	8.600/10 <sup>5</sup>	
SEAP - Rio de Janeiro	Prisões estaduais - R. Janeiro, Brasil (2005)	3.532/10 <sup>5</sup>	

Baseado em Bollini<sup>19</sup> e Maher et al.<sup>2</sup>.

Já na população prisional brasileira alguns estudos mostraram taxas de incidência anual média variando entre 1.073-3.137/10<sup>5</sup><sup>24-27</sup>. Em prisões do Rio de Janeiro a incidência de novos casos foi de 3.532/10<sup>5</sup> em 2005, 35 vezes superior à taxa da população geral<sup>28,29</sup>. Já estudos de Sánchez et al.<sup>19,30</sup> encontraram prevalências de TB de 4,6-8,6% (ou seja 8.600/10<sup>5</sup>). O estado de São Paulo<sup>31</sup> apresentou uma incidência prisional de 800/10<sup>5</sup> com uma prevalência média de coinfeção TB/VIH de 49,9%<sup>25</sup>.

Genericamente, a ocorrência de grandes cadeias de transmissão intraprisional de TB é favorecida pelas dificuldades de diagnóstico precoce, conjuntura demográfico-estrutural desfavorável e elevada velocidade de renovação da população prisional. O turnover para doença em reclusos pode atingir os 21%/ano e um caso índice de tuberculose pulmonar (TP) pode acarretar exposição com viragem tuberculínica em 13% do total de reclusos da instituição e a exposição possível de outros 10%<sup>32</sup>.

O aumento da taxa de encarceramento relaciona-se diretamente com o aumento da taxa de incidência nacional de TB<sup>33</sup>. Porém, apesar do número absoluto de prisioneiros ser relevante para as diferenças na incidência de TB e TB multirresistente (TB-MR), o determinante mais importante é mesmo o ritmo de crescimento relativo da população prisional.

A TB, em grande medida potenciada pelo fenómeno do VIH, tem contribuído para a maior farmacoresistência prisional. Estudos de genotipagem detetaram prevalências alarmantes de estirpes altamente quimiorresistentes que tendem a tornar-se dominantes em ambiente recluso<sup>1,34-36</sup>.

#### Fatores de risco: proveniência e vida prisional

Não constituindo uma fatia longitudinal da sociedade, a população prisional apresenta uma larga proporção de indivíduos pobremente instruídos e socioeconomicamente desfavorecidos, transportando já à entrada um alto risco de infeção tuberculosa. Os reclusos tendem a desenvolver TB ativa não apenas devido às pobres condições de vida prisionais, mas também devido ao seu percurso de vida prévio à clausura. São, aliás, muito propensos a desenvolvê-la ainda antes da sua chegada à prisão<sup>15,18,22,23</sup>.

A população reclusa é tendencialmente masculina<sup>37</sup>, constituída tipicamente por jovens dos 15-45 anos provenientes de segmentos pobremente educados e socioeconomicamente desfavorecidos. Pertencem muitas vezes a minorias já com limitado acesso a cuidados médicos e com estilos de vida disruptivos para com a adesão à terapêutica<sup>38-40</sup>. Geralmente apresentam baixa literacia, reduzidos padrões de higiene, desnutrição, doença psiquiátrica, toxicod dependência, estatuto de sem-abrigo e maior prevalência de infeção VIH e alcoolismo. Detêm habitualmente um vasto repertório de penas anteriores, tendência a fácil reincidência criminal e uma grande proporção é oriunda de países de alta endemia<sup>2,4,40,41</sup>. Muitos destes fatores dificultam a aplicação de estratégias de controlo da TB ainda na comunidade livre<sup>42</sup>.

Relativamente ao triângulo epidemiológico da TB em meio prisional, são os fatores do hospedeiro e a dimensão ambiental que merecem maior reflexão<sup>2</sup>. O recluso, a um passado predisponente a doença, pela entrada na penitenciária faz associar um risco ainda superior decorrente da insalubridade e das más condições do estilo de vida prisional. Oficialmente, o espaço mínimo para cada recluso segundo a Convenção de Proteção para os Direitos Humanos e Liberdades Básicas<sup>21</sup> é de 4m<sup>2</sup>, todavia, regulamentos sanitários e códigos penais em muitos países recomendam espaços de 2m<sup>2</sup> e, em largas regiões do mundo, tal legislação é simplesmente desconhecida ou negligenciada. As prisões encontram-se habitualmente sobrelotadas<sup>22,43,44</sup>. Os últimos dados disponibilizados pelo Centro Internacional de Estudos Prisionais mostram taxas de ocupação, em alguns países, a rondar os 300% da lotação oficial<sup>8</sup>.

Adicionalmente, em prisões desprovidas de um sistema eficaz de rastreio médico à admissão existe a possibilidade de prisioneiros bacilíferos serem colocados em celas coletivas. Por outro lado, durante o tempo de pena as reativações tuberculosas são quase ubíquas entre a comunidade encarcerada<sup>35</sup>. As celas habitacionais albergam grande número de detidos que se misturam durante o dia com detidos de outras celas em espaços confinados, proporcionando um contacto próximo e prolongado<sup>22,19,45</sup>. Além da sobrelotação, as celas ou camaratas são insuficientemente ventiladas, sombrias e

com alto valor de humidade<sup>21</sup>. Mesmo quando existem janelas, os reclusos em países com invernos rigorosos podem nunca abri-las devido à falta de aquecimento das celas<sup>35</sup>, o que promove a viabilidade de partículas infecciosas aerossolizadas em suspensão<sup>22,32,44,46</sup>.

As condições de saneamento básico e instalações sanitárias são habitualmente insuficientes e de escassa manutenção e, de modo geral, as práticas de higiene são pobres. O «balde higiénico» em celas continua a existir em muitas partes do mundo, tal como as frequentes interrupções no acesso a água corrente ou aquecida<sup>21</sup>.

A desnutrição é um outro problema prevalente. Além da entrada de sujeitos subnutridos no sistema, em prisões de países desfavorecidos a dieta fornecida é frequentemente insuficiente, mal conservada e desequilibrada. A desnutrição exercerá maior efeito deletério<sup>47</sup> naqueles à partida mais suscetíveis à doença nesse cenário ideal de contágio, ou seja, os mais fracos, os previamente doentes e os de categoria hierárquica inferior<sup>35</sup>.

Além dos fatores de risco dos reclusos, Wong et al.<sup>43</sup> apuraram como elementos facilitadores da transmissão da TB a sobrelocação, a má ventilação e o alto *turnover* de indivíduos. Já Lobacheva et al.<sup>48</sup> relacionaram o risco de desenvolver TB com: o alto número de indivíduos por cela, a inexistência de roupa da cama individual, o pouco tempo de recreio ao ar livre, toxicodependência, más condições habitacionais prévias e baixo rendimento. O grupo apontado como de maior risco é constituído pelos reclusos do sexo masculino com idades superiores aos 30 anos, imigrantes, com escolaridade inferior a 5 anos e encarcerados há menos de 2 anos<sup>17,36</sup>.

Em geral, as condições de vida diária na prisão promovem a doença. As comorbilidades mais encontradas em prisões mundiais foram: doença mental, hepatopatia, malária, diarreia crónica, escabiose, complexo relacionado com a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), miocardiopatia, parasitoses, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis<sup>49-51</sup>. Apesar da facilitação do processo de adoecimento, em alguns países é difícil obter uma taxa de mortalidade prisional fidedigna dado o enviesamento gerado pela subnotificação e pela libertação seletiva dos indivíduos mais gravemente doentes<sup>21</sup>.

O consumo de drogas ilegais é comum e o material injetável é utilizado em condições de improvisamento e conspurcação. Os reclusos são vulneráveis não só ao poder das autoridades oficiais, mas também às exigências de outros reclusos mais agressivos ou poderosos. O contacto sexual pode ocorrer de forma forçada ou voluntária, ou ainda sob a forma de favor<sup>2</sup>. Por outro lado, a disponibilização de preservativos é limitada e o seu uso diminuído<sup>35</sup>. Sendo a infeção VIH o mais importante fator de risco na progressão de infeção para doença tuberculosa<sup>52</sup>, estudos em prisões americanas relataram já prevalências de VIH de 2,1-18,0% em homens e de 2,7-26,3% em mulheres<sup>37,53,54</sup>. Porém, percentagens assustadoramente superiores foram já relatadas em contexto de surtos prisionais de TB<sup>55</sup>. A seroprevalência de VIH em prisões europeias e brasileiras apresentou-se entre os 0,001-12,8%<sup>14</sup> e os 4,8-7,2%, respetivamente<sup>56</sup>.

A forte inter-relação entre condições prisionais inadequadas, TB e VIH complica extraordinariamente o sucesso dos programas de controlo. Sob uma lógica subsocietária de violência e dureza entre pares, onde a coação e o castigo físico são

comuns, as condições de stresse físico e mental promovem a deterioração do estado de saúde e da competência imunitária dos reclusos, facilitando a reativação de infeção latente ou suscetibilizando-os para reinfeções<sup>2</sup>.

### O impacto da estratificação hierárquica reclusa

Conceptualmente a prisão é um espaço de confinamento forçado de grupos desenquadrados que promove a demarcação primária de 2 grupos opostos: o contingente de guardas e demais funcionários prisionais, e os reclusos. Como sublinham Diuana et al.<sup>45</sup>, aos primeiros cabe o papel restrição e manutenção da ordem, enquanto os segundos tentam opor-se à restrição da sua liberdade e proteger ao máximo a abrangência da sua esfera de decisão, dando espaço à criação estereótipos hostis e uma aculturação de papéis binomial. Porém, a dinâmica relacional numa prisão não é totalmente bipolarizada. Entre a massa de reclusos ocorre também o estabelecimento de uma estratificação interna conducente a uma organização em fações/grupos com subculturas distintas. Este fenómeno acarreta a aceitação de um conjunto de códigos de conduta no seio destes subgrupos e conduz a uma realidade de permanente equilíbrio instável entre fações reclusas e entre estas e os guardas/administração prisional<sup>45</sup>.

Apesar de pequenas diferenças entre países, estas estruturas de poder paralelas são um denominador comum à maioria das prisões, podendo até ser mais poderosas do que a autoridade oficial. Podem mesmo ser fomentadas pela administração dado que o efeito dissuasor exercido por uma fação reclusa dominante sobre as restantes pode auxiliar na manutenção da ordem<sup>2,22</sup>. A própria distribuição reclusa pelas unidades internas da instituição prisional obedece frequentemente a filiações a grupos e fações criminosas existentes nas comunidades exteriores<sup>19</sup>.

Coninx e Reyes<sup>6,22,57</sup> são autores de vários trabalhos sobre a dinâmica e estruturação destas hierarquias prisionais e sobre a sua repercussão potencial sobre as estratégias de controlo da TB e cuidados de saúde prisionais. A maioria dos estudos provém de populações prisionais da Europa de Leste e caracterizam particularmente bem as hierarquias reclusas nesses países. A dinâmica de poder organizacional é, ainda assim, muito semelhante entre prisões de diferentes regiões da Europa. Do estudo de muitas prisões de repúblicas ex-soviéticas sabe-se que os reclusos estão organizados num sistema subcultural de castas. Os chefes (*blatniye*) representam a casta superior e são normalmente criminosos profissionais. Segue-se uma maioria silenciosa (*muzhiki*) de criminosos não-profissionais que não detêm poder e aceitam a supremacia da classe anterior e o destacamento para a realização de tarefas obscuras. Na cauda hierárquica encontra-se a «escória» (*petukhi*), constituída pelos desprezados da sociedade prisional: homossexuais, violadores, pedófilos, renegados dos outros grupos e quem tiver infringido as leis não-oficiais da hierarquia prisional<sup>22</sup>. Esta última é a classe mais violentada, coagida e despojada de direitos básicos. Além do sistema de castas, a organização pode ainda obedecer a pressupostos raciais ou pertença a grupos delinquentiais rivais.

Globalmente, provou-se que estas formas de hierarquia reclusa determinam desigualdade no acesso aos cuidados de saúde<sup>2</sup>, com várias implicações diretas na gestão da TB.



O processo de seleção de reclusos para internamento e tratamento pode ser deturpado por tentativas de alguns reclusos influentes serem integrados em programas de tratamento, visando adquirir potenciais «regalias» como dieta reforçada, melhores condições de acomodação, menor nível de segurança, maior liberalização do direito a visitas, etc.<sup>2,22</sup>.

Foi reconhecido já o fornecimento de expetorações positivas provenientes de outros colegas, transportadas na mão ou mesmo dentro da sua boca, quando não lhes foi exigida a lavagem de mãos e exposição bucal prévias<sup>22</sup>. Por outro lado, alguns prisioneiros com TB bem informados podem tentar evadir-se ou evitar ser admitidos a programa terapêutico apresentando expetoração negativa de prisioneiros saudáveis, temendo que o reconhecimento de TB ativa, particularmente se multirresistente, possa adiar a sua libertação<sup>2</sup>, ou então receando a estigmatização ou a passagem a regime de isolamento prolongado<sup>2,40</sup>. Reyes alertou para o fato de elementos da equipa de saúde prisional, frequentemente mal pagos e desmotivados, poderem tolerar trocas de amostras de expetoração após recebidos subornos de «chefes» ou reclusos abastados<sup>22</sup>. Ainda, o grupo de reclusos de cauda hierárquica pode ser coagido a não se identificar como sintomático sob pena de ser violentado. Reconheceu-se também dificuldade na distribuição dos reclusos nas enfermarias prisionais, visto que a tentativa de misturar reclusos de diferente status ou fações nas mesmas divisões é habitualmente infrutífera dada a forte tendência ao reagrupamento hierárquico<sup>22</sup>.

Historicamente e em locais de maior escassez, paralelamente ao tráfico interno de tabaco, droga ou outros bens, chegou a registar-se tráfico de medicação antibacilar<sup>18,22</sup> que seria mesmo usada em algumas prisões como unidade de moeda<sup>2,59</sup>.

As equipas médicas que trabalham nas prisões têm graves dificuldades em levar a cabo a toma supervisionada. Os enfermeiros prisionais são confrontados com estratégias forjadas pelos reclusos para evitarem tomar a medicação, podendo a coação exercida sobre eles atingir proporções nefastas<sup>2,18,22</sup>.

Atualmente, e em especial nas prisões dos países ocidentalizados com economias de mercado e acesso facilitado a antibacilares, a situação não apresenta já estes contornos. Contudo, a presença de hierarquias paralelas é omnipresente e, invariavelmente, as prisões são realidades violentas onde regras não oficiais são impostas e se fazem cumprir pela força. É importante, pois, a noção das barreiras que a hierarquização entre os reclusos e as dialéticas de poder e influência colocam à aplicação das políticas para a saúde neste meio<sup>18,22,58</sup>, podendo interferir com decisões médico-administrativas, com o diagnóstico atempado, com a admissão à enfermaria prisional, com a correta seleção de reclusos para tratamento e com a efetividade terapêutica<sup>22</sup>.

### Outros obstáculos encontrados

Para além do problema infraestrutural, do estilo de vida prisional e da influência da hierarquia reclusa, outros obstáculos específicos condicionando a implementação efetiva dos programas de controlo da TB têm sido identificados<sup>18,21,34,37,59,60</sup>.

## Nível geral inferior de cuidados

Os encarcerados têm direito a usufruir de um nível equivalente de cuidados ao existente fora do sistema prisional<sup>2</sup>, porém, o paradigma da falta de financiamento agudizado pela pressão demográfica prisional exerce um efeito asfixiante sobre a qualidade dos serviços de saúde prisionais. Sob a habitual tutela do Ministério da Justiça, a saúde prisional raramente consegue implementar diretivas de saúde internacionais ou integrar estudos de intervenções<sup>59</sup>. Soma-se ainda a dificuldade dos reclusos usufruírem de recursos médicos especializados ou hospitalização civil, reconhecendo-se ainda alguma resistência por parte de alguns prestadores de cuidados da comunidade em cuidar de indivíduos percebidos como perigosos<sup>37</sup>.

## Escassez de recursos e desmotivação das equipas de saúde prisional

As infraestruturas e os meios de diagnóstico para a TB são muitas vezes inadequados e podem mesmo não se basear em larga escala na microscopia da expectoração<sup>34</sup>. Adicionalmente, a escassez infraestrutural obsta a que se consiga o isolamento respiratório dos casos suspeitos ou confirmados e a que camas de internamento correccionais possam não funcionar como alas de saúde<sup>56</sup>. Em algumas prisões os registos médicos são mínimos e não informatizados e o corpo médico prisional é insuficiente, não raras vezes mal treinado e mal remunerado – o subsídio de risco, quando existe, é irrisório. A desmotivação é frequente entre a equipa de saúde, mais compreensível ainda por a sua atividade ser exercida num ambiente hostil e imprisível<sup>15,35</sup>.

Existe ainda muito pouca informação disponível sobre o ratio médico-recluso em prisões<sup>63</sup>. Glaser<sup>37</sup> alerta para a dificuldade do recrutamento de médicos face ao montante remuneratório oferecido, ausência de benefícios, ambiente pouco atrativo e localização extraurbana de muitas prisões. Todos estes fatores contribuem para serviços de saúde ineficazes, potenciando os diagnósticos tardios e casos indetetados<sup>15,35</sup>.

## Auto e hetero subvalorização dos sintomas

Num quotidiano violento onde a preocupação primordial é de índole sobrevivencial, a subvalorização de sinais e sintomas de doença tende a verificar-se<sup>35</sup>. Outras vezes é o controlo exercido pela própria hierarquia reclusa oficiosa que limita o acesso a cuidados clínicos a alguns detidos<sup>45</sup>.

Como sublinham Sanchez et al<sup>34</sup>, a subcultura prisional de afirmação pela dureza e imagem de força define padrões de comportamento e expectativas entre pares, sendo importante a proteção gerada pelo pertencimento grupal. O reconhecimento de TB transporta a assunção de fragilidade ou de pouca robustez e o risco sempre presente de estigmatização pelos elementos da sua fação. Isto propicia a frequente ocultação de sintomas<sup>2,40</sup>.

O ambiente de tensão impele os guardas penitenciários a valorizarem prioritariamente a problemática da sua segurança imediata acima das questões de saúde dos detidos<sup>45</sup>. Por motivo de os reclusos poderem não apresentar sintomatologia verificável ou por considerarem a saúde destes como um «privilegio», os guardas de ala podem limitar o acesso aos serviços de saúde favorecendo atrasos diagnósticos<sup>2,40,45</sup>.

### **Enviesamento da relação médico-doente e ação médica essencialmente prescritiva**

O acesso a cuidados médicos apropriados em contexto prisional é restringido devido ao imperativo de segurança e à natureza coerciva do sistema. Nesse meio, onde a distinção de comportamento voluntário de involuntário é difícil, muitos atos são de índole intimidatória ou coativa, sendo igualmente difícil garantir a confidencialidade<sup>37</sup>.

Em muitos países os guardas prisionais atuam repressivamente obrigando, pela força, a aceitação do tratamento. Isto, colidindo com o direito de exercício de autonomia responsável para a saúde<sup>60</sup>, torna as ações de saúde eminentemente prescritivas<sup>34,45</sup>.

Por outro lado, o vínculo de confiança entre o doente e o profissional de saúde é dificultado desde logo pela ausência do direito à livre escolha de médico e enfermeiro. Contrariamente, também o próprio médico é obrigado à prestação de cuidados a todos os reclusos sem exceção. Assim, o primado da segurança e o funcionalismo judiciário acabam por trazer uma «terceira dimensão à habitual relação bilateral médico-doente»<sup>60</sup>.

### **Descontinuação terapêutica**

A má adesão terapêutica é da maior relevância dentro do sistema penitenciário<sup>4</sup>. Encarcerados durante longos períodos num espaço intrinsecamente hostil, os reclusos não são facilmente persuadidos pelo argumento de saúde pública do perigo da farmacoresistência<sup>2</sup> e vários dos comportamentos já focados ameaçam ainda mais a sua adesão terapêutica<sup>2,40</sup>. Adicionalmente, logo que ocorre resolução sintomática verifica-se frequentemente uma quebra motivacional em manter a toma de antibióticos em detrimento de preocupações mais imediatas<sup>2</sup>.

Outro problema reside na medicação autoprescrita ou trazida por familiares, que propicia interações medicamentosas e efeitos adversos que poderão conduzir à interrupção terapêutica<sup>4</sup>.

### **Insuficiente articulação com as entidades públicas de saúde**

A relação entre os vários EP e entre estes e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é de grande disparidade. Na necessidade de recorrer a urgências ou consultas especializadas em unidades hospitalares públicas preside frequentemente uma lógica de «desembaraço momentâneo»<sup>61</sup>. A descoordenação entre a administração e serviços médicos prisionais e as unidades

de saúde comunitárias tem graves consequências. Por altura da libertação, quando se inicia o processo de ligação ao dispensário de TB ou centro de saúde local, são frequentes as faltas de comparência a consultas nessas unidades de saúde e a cedência de moradas erradas propiciando cursos terapêuticos incompletos<sup>4,5</sup>. Num estudo, apenas 26,3% dos reclusos libertados com TB ativa compareceram voluntariamente junto dos dispensários para completarem o tratamento, tendo as principais barreiras encontradas sido a falta de abrigo, o desemprego, o alcoolismo e a toxicofilia<sup>62</sup>. Também a este nível Wong<sup>43</sup> reportou taxas de cura no sistema prisional 10-20% inferiores à homóloga para a população local, maioritariamente resultantes da reduzida adesão terapêutica no período pós-libertação. Num estudo com reclusos azeris recém-libertados 13% não completaram tratamento e 11% faleceram<sup>58</sup>.

### **A questão da tutela da saúde prisional**

Na esmagadora maioria dos países o ministério responsável pelos serviços de saúde prisionais não é o Ministério da Saúde, mas sim o Ministério da Justiça ou da Administração Interna. Em regra, estes apresentam uma diferente conceção de prioridades e menor experiência para a organização e resolução das insuficiências dos serviços de saúde prisionais. Esta impreparação, somada a restrições orçamentais, impede a implementação de políticas reformistas no sistema de saúde prisional e promove uma inevitável priorização da segurança em detrimento da saúde, resultante de um paradigma de ação claramente orientado para a esfera jurídico-legal<sup>15,35</sup>.

Em países da União Europeia como a Inglaterra, França e Noruega a saúde prisional encontra-se já tutelada pelo Ministério da Saúde. Nos restantes países a coordenação dos serviços de saúde prisionais com as instituições comunitárias e, nomeadamente, com o plano nacional de controlo da TB encontra-se dificultada<sup>4</sup>. A transferência tutelar possibilita uma melhor resposta às carências específicas dos reclusos no campo da assistência médica, bem como às necessidades dos profissionais de saúde prisional<sup>59</sup>. Acrescidamente permitiria o distanciamento deontológico entre médico e aparelho penitenciário e maior facilidade em recrutar e fixar quadros técnicos para os serviços de saúde prisionais<sup>59</sup>.

### **A permeabilidade do sistema prisional**

As prisões são importantes tanto na origem como na transmissão da TB<sup>25</sup>. Contrariamente ao expectável, existe uma grande dinâmica de fluxo tanto dentro do próprio sistema prisional como entre este e a comunidade livre. Esta permeabilidade traduz-se nos movimentos de transferência de reclusos entre cadeias de detenção temporária para instituições penais, entre diferentes prisões, entre prisões e tribunais, entre prisões e unidades hospitalares prisionais ou civis, e mesmo entre os blocos de segurança de uma mesma prisão<sup>15,35</sup>. Por altura da suspeita de um caso índice de TP frequentemente muitos prisioneiros expostos já se movimentaram dentro da instituição ou foram transferidos ou libertados durante o tempo estimado de infecciosidade. Essa transmissão pode ocorrer em celas-dormitório, ginásios, oficinas, cantinas e áreas de visitas<sup>11</sup>.

Além do potencial de eclosão dentro de uma prisão, é igualmente possível a transmissão de TB à comunidade por parte de reclusos recém-libertados, conforme o atestam numerosos estudos<sup>32,37,63-67</sup>. Um caso ilustrativo foi reportado nas prisões do estado de Nova Iorque onde um grupo de 12 reclusos com TB-MR foi transferido entre 20 prisões originando um perigoso surto<sup>5</sup>. Em alguns países muitos doentes terminais, alguns com TB potencialmente MR, são libertados através de decretos amnistiais<sup>68</sup>.

### **A vertente de oportunidade**

O parque prisional é potencialmente um espaço metamórfico para a TB visto que, facilmente, é local do contágio, concentração, disseminação e potencial exportação da doença<sup>4</sup>. Porém, o auditório recluso representa também uma flagrante oportunidade para as políticas de controlo surtirem impacto significativo em termos de saúde pública. Provindo a maioria dos reclusos de segmentos populacionais com estilos de vida desajustados e que oferecem maiores dificuldades de identificação e tratamento da TB na comunidade exterior, o encarceramento permite circunscrever e visar terapêuticamente este grupo de alto risco, sob um regime terapêutico supervisionado adjuvado, programas de desintoxicação e de educação para a saúde<sup>6,34,37,38,69</sup>. Mais do que uma ameaça de contrair doença, o tempo de reclusão deverá proporcionar a oportunidade de diagnosticar e tratar estes indivíduos com benefício repartido para o sujeito e comunidade em geral<sup>37,70</sup>.

### **Necessidades e medidas: as 2 faces**

Como resposta às necessidades existentes, a OMS e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha elaboraram diretivas para o controlo da TB em ambiente prisional<sup>2</sup>. Também o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) renovou recentemente linhas de orientação<sup>71</sup> que, por escassez de ensaios controlados sobre TB prisional, refletem maioritariamente recomendações de peritos assentes na aplicação dos conteúdos DOTS e DOTS-Plus com inclusão de atividades ajustadas a essa realidade específica<sup>71</sup>.

Atualmente, a operacionalização de estudos de intervenção em prisões permanece difícil e o recurso a modelos matemáticos para simular a dinâmica da TB e avaliar o impacto de determinadas medidas tem sido uma estratégia utilizada<sup>28</sup>.

Para o controlo da TB, assegurada a pênade elementar DOTS<sup>2,71</sup>, o painel do CDC defende a necessária adoção de um conjunto de medidas primordiais: identificação precoce de reclusos com TB através de rastreio à entrada e com caráter periódico, associada a um eficiente rastreio de contactos; tratamento rigoroso e bem-sucedido da TB ativa e da infeção latente; uso apropriado de secções de isolamento respiratório, medidas de engenharia para controlo ambiental e material de proteção individual; plano de libertação coordenado com entidades de saúde comunitárias locais; e avaliações programáticas regulares em colaboração com os programas de controlo nacionais<sup>72</sup>.

Não obstante, a medida mais primordial passará, antes de mais, pelo melhoramento geral das condições prisionais<sup>2</sup>. Os

Ministérios da Justiça deverão desencadear reformas prisionais focadas na resolução do problema da sobrelotação, no melhoramento de condições higieno-sanitárias e das infra-estruturas dos serviços de saúde prisionais, assim como incentivar o recrutamento de profissionais de saúde para a carreira prisional. Reconhecendo a pouca sensibilidade governativa para as carências de saúde da população reclusa, desde 1998 que o Conselho Europeu de Ministros recomendou o fortalecimento do papel do Ministério da Saúde na área da saúde prisional<sup>72</sup>, ainda que somente um grupo minoritário de países tenha procedido à transferência tutelar dos cuidados de saúde prisionais.

Genericamente, a deteção de casos de TB numa prisão pode fazer-se de forma trimodal: por deteção à entrada através de rastreio, por investigação de reclusos doentes reportadamente sintomáticos e por meio de rastreio ativo periódico. O rastreio sistemático à admissão desempenha um importante papel na deteção precoce de casos<sup>2,73</sup>. Num estudo europeu<sup>14</sup>, cerca de 90% dos 22 países participantes afirmavam efetuar rastreio ativo dos reclusos à entrada nas suas prisões, ao passo que 81,8% executavam investigações de contactos.

Relativamente à escolha metodológica há autores que defendem que o tipo de rastreio deve depender da incidência local, exequibilidade e nível de custo-efetividade<sup>74</sup>. A OMS preconiza atualmente a deteção contínua de prisioneiros sintomáticos através de rastreio à entrada e em intervalos regulares, utilizando inquérito clínico, radiografia de tórax e microscopia da expectoração<sup>4</sup>. Já as recomendações do CDC<sup>71</sup> fazem depender a metodologia de rastreio à entrada do nível de risco do estabelecimento prisional ser considerado «mínimo»/«não mínimo» (casos no ano anterior, proporção de reclusos com fatores de risco e de reclusos imigrantes de países endémicos). No primeiro caso, todos os novos reclusos devem ser inquiridos sobre sintomas – tosse superior a 3 semanas, hemoptise, febre com duração superior a um mês, perda ponderal no último trimestre, sudorese noturna – e antecedentes de TB ativa. A presença de um destes deve conduzir à alocação do recluso numa unidade de isolamento respiratório até posterior investigação com intradermoreação (IDR) ou QuantiFERON<sup>®</sup>, microscopia da expectoração e radiografia de tórax<sup>40</sup>. Por seu lado, em prisões de risco «não-mínimo», todos os reclusos assintomáticos devem, além do inquérito clínico-anamnésico, efetuar IDR, QuantiFERON<sup>®</sup> ou radiografia de tórax<sup>24,70</sup>. Em infetados VIH deve ser sempre salvaguardada a realização de radiografia<sup>71</sup>.

Muito debate decorreu relativamente à melhor metodologia a associar ao inquérito clínico. Foi reconhecida a utilidade metodológica e custo-efetividade da radiografia de tórax em ambientes prisionais de alta incidência<sup>4,75,76</sup>. Esta consegue aumentar a deteção de casos de TP, porém, isoladamente não permite identificar sujeitos com TB latente. A sua utilização deve ter lugar em instituições prisionais que albergam grande número de indivíduos por períodos curtos de tempo e com grande expressão de fatores de risco<sup>4</sup>. Contudo, a sua aplicabilidade é condicionada pela disponibilidade de meios técnicos na instituição, tempo de permanência dos reclusos e grau de prontidão na leitura radiográfica. Todos os reclusos com alterações sugestivas devem ser alvo de exames micobacteriológicos de expectoração.

Relativamente aos reclusos infetados por VIH, dada a alta taxa de falso negativos da IDR e a possibilidade de radiografia negativa, devem sempre submeter expetoração para baciloscopia<sup>72</sup>. Contrariamente, se a IDR ou o QuantiFERON® forem escolhidos como método associado ao inquérito clínico, todo o indivíduo assintomático com resultado positivo deve realizar radiograma de tórax e submissão de expectoração<sup>71</sup>.

Relativamente ao rastreio periódico sistemático, foi provada a sua custo-efetividade em prisões altamente endémicas, conseguindo nestes cenários decréscimos mais rápidos da taxa de incidência<sup>24,72</sup>. Estudos de modelação matemática mostraram que a associação de rastreio radiológico à entrada associado a rastreio radiológico anual em massa surte impacto positivo na taxa de prevalência prevista de TB devendo, como tal, ser considerada em prisões altamente endémicas<sup>72</sup>. Todavia, dada a sua difícil generalização<sup>4,24</sup>, este rastreio deve realizar-se com uma regularidade a definir localmente consoante os meios técnicos e nível endémico existentes<sup>71</sup>.

Outra importante componente assenta na estratégia de investigação de contactos. Esta visa interromper a cadeia de transmissão, através da identificação, isolamento e tratamento de reclusos com TB ativa ou TB latente, contagiados a partir de um caso índice<sup>71</sup>. Deve ser iniciada perante casos suspeitos/confirmados de TP, laríngea ou pleural com baciloscopia positiva, nas quais se decidiu iniciar terapêutica antibacilar. Os contactos identificados devem ser estratificados em patamares de duração/intensidade da exposição, iniciando-se a investigação pelos indivíduos em maior risco e todos os VIH seropositivos recorrendo-se a entrevista sintomática e IDR, suspendendo-se a expansão da investigação quando um grupo manifestar ausência de infeção<sup>71</sup>. Todos os reclusos sintomáticos ou com QuantiFERON® ou IDR positiva devem realizar radiografia. A averiguação de contactos pode ser agilizada pela colocação imediata dos casos suspeitos em isolamento respiratório, colheita imediata de expetoração com resultado da baciloscopia em 24 h, recurso a testes de amplificação de ADN em todas as expetorações positivas, uso de meios de cultura de crescimento rápido e início pronto de investigação em camadas de risco<sup>14</sup>. Apesar das recomendações, as atividades de rastreio e investigação de contactos continuam a não ser aplicadas em prisões de países de menores recursos<sup>77</sup>, assim como na generalidade dos centros de detenção temporária devido à carência de efetivos e ao alto turnover da população reclusa<sup>4</sup>.

As equipas de saúde prisionais devem ter acesso universal a uma rede de laboratórios que assegurem microscopia de qualidade certificada<sup>4</sup>. Contudo, em muitos locais a baciloscopia não é efetuada ou então é executada com má qualidade. Foi recomendada a criação de uma rede de unidades com valência técnica para microscopia da expetoração no interior das prisões centrais, garantindo cobertura a prisões regionais. Em alternativa, poderão empreender-se programas de colaboração entre laboratórios civis e as equipas de saúde prisionais. Todo o processo de submissão de expetoração deve ser observado e supervisionado<sup>2,4,40</sup> em quarto de isolamento respiratório ou ao ar livre<sup>71</sup>.

A atuação terapêutica deve ser regida por profissionais de saúde adequadamente formados, em estrita uniformidade com as orientações internacionais<sup>2</sup>. Ao contrário da terapêutica universal da TB ativa, o tratamento de todos os reclusos

com TB latente é considerado uma estratégia inexecutável em meios de alta prevalência. Contudo, é invariavelmente preconizado para grupos de risco principais como infetados VIH, contactos de casos bacilíferos e filhos de reclusas infetadas<sup>2,38</sup>.

Relativamente à completude do tratamento, sabe-se que reclusos não sentenciados têm um tempo de custódia variável. Ocasionalmente poderá ser demasiado curto para que seja completado o tratamento, devendo as autoridades assegurar que este é cumprido quer o sujeito seja libertado ou sentenciado<sup>2,34</sup>. De outra forma, se estiver em causa uma transferência de penitenciária, é fulcral que pelo menos a fase inicial de tratamento seja completada antes de o recluso ser transferido<sup>34</sup>.

Um dos pilares da extensão DOTS passa pela promoção de programas de colaboração para tratamento da sindemia TB/VIH. Além da disponibilização universal de testes de deteção, devem ser implementadas medidas como: sessões educativas, oferta ininterrupta de preservativos, disponibilização e renovação de kits de higiene pessoal, programas de troca de seringas e recrutamento para programas de desintoxicação com terapêuticas de substituição supervisionadas<sup>2,38</sup>.

Ao nível do controlo ambiental do risco para TB preconiza-se a implementação de um pacote de medidas. Administrativamente, passam pelo diagnóstico precoce e isolamento dos casos infecciosos em condições de isolamento respiratório<sup>4</sup> ou transferência para unidade com essa dotação<sup>71</sup>. Existem atualmente publicações técnicas<sup>77</sup> para implementação de medidas de controlo ambiental assentes em soluções de engenharia e planificação estrutural. A ventilação deve ser concebida de forma a renovar e controlar fluxos de ar dos quartos direcionando-os da entrada dos corredores para os quartos e destes para o exterior, através de sistemas de pressão negativa que devem ser testados regularmente através de testes de fumo. A depuração aérea de espaços infecciosos deve reger-se por critérios técnicos publicados e recorrer a filtros de ar particulado de alta eficiência ou a irradiação germicida com ultravioletas<sup>71</sup>. Na enfermaria do hospital prisional devem existir janelas grandes com boa exposição solar e nos quartos para colheita de expetoração e laboratórios as portas devem ser mantidas fechadas e as janelas abertas<sup>2</sup>. Por último, as medidas de proteção individual como luvas, batas e máscaras faciais com e sem viseira e com filtro de ar particulado (modelo P1) devem ser usadas quando as medidas anteriores não alcancem uma redução aceitável do risco infeccioso<sup>78</sup>. As máscaras faciais cirúrgicas (modelo N95/P2), reduzindo apenas parcialmente o risco de contaminação, na carência de melhor solução devem ser utilizadas em todos os casos suspeitos/confirmados de TB para qualquer deslocação intraprisional ou exterior<sup>2</sup>.

Todos os casos intraprisionais de TB-MR devem ser corretamente identificados e tratados de acordo com as orientações da OMS, com medicação aportada do Comité de Luz Verde e dos Ministérios da Saúde. Sabe-se, no entanto, que em muitas partes do mundo este tipo de medicação é utilizado por critério prescritivo pessoal fora dos planos nacionais de TB<sup>2,4,79</sup>.

O sucesso da continuidade de cuidados passa incontornavelmente pela cooperação com as entidades locais de saúde



pública. A complementaridade entre programas é, desde logo, facilitada por um sistema eficaz de notificação dos casos prisionais para o Programa de Controlo Nacional, e uma base de registo comum com o setor civil<sup>4</sup>. Tal evitaria os falíveis e retardatários canais de comunicação da administração prisional central para o Ministério da Saúde e agilizará a investigação de contactos na comunidade<sup>71</sup>. Indispensavelmente, os EP devem desenvolver planos de libertação de casos confirmados ou suspeitos de TB, assim como de casos de infeção latente com alto risco de progressão para doença. Objeto ao sucesso da reinserção, tais planos devem albergar componentes como: programas de desintoxicação, diagnóstico/tratamento de doença mental, formação profissional e prevenção de reincidência, informação pessoal detalhada, prática da TOD, calendarização de consultas de atendimento na comunidade com eventual atribuição de incentivos ou subsídios, e o envio dos registos clínicos para o clínico que seguirá o doente na comunidade<sup>4,71,79</sup>.

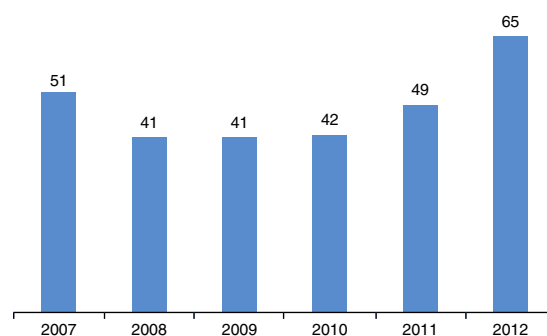
Por último, o recrutamento de profissionais de saúde seria facilitado pelo melhoramento salarial, atribuição de subsídios educacionais, salvaguarda de tempo para dedicação ao ensino, programas de cuidado infantil, flexibilidade de horário e desmistificação da ideia de sujeição permanente a risco de integridade física<sup>34</sup>. Para fazer face à tendencial rejeição das carreiras em saúde prisional, as escolas médicas deveriam ser envolvidas em experiências educacionais na saúde prisional e deveriam ser implementados estágios no âmbito do internato médico de algumas especialidades visando uma maior atratividade pelo trabalho em saúde prisional<sup>75</sup>.

### A realidade portuguesa

A taxa de incidência nacional foi de  $21,6 \times 10^5$  habitantes em 2012, mantendo-se Portugal como o único país de incidência intermédia na Europa Ocidental. A prevalência de coinfeção por VIH mantém-se como uma das mais elevadas da União Europeia (14,5%)<sup>80</sup>.

No final de 2012 o parque prisional português era constituído por 13.614 reclusos<sup>73</sup>, dos quais 19,1% eram imigrantes sobretudo de Cabo Verde, Brasil, Angola e Guiné-Bissau. É globalmente uma população masculina (94%), maioritariamente pertencente ao escalão etário dos 19-39 anos (14,5%)<sup>81</sup>, com uma taxa de analfabetismo global de 3,6%. A prevalência global de VIH era de 10,2% em 2006<sup>82,83</sup> e tem vindo a diminuir<sup>84,85</sup>. Em 2003, aproximadamente 46% dos reclusos eram usuários ativos de drogas<sup>61</sup>.

A lotação geral do parque prisional foi em 2012 de 112,7%, tendo a sobrelotação atingido 40% dos estabelecimentos centrais e 74% dos estabelecimentos regionais. Os mais destacados eram o EP de Setúbal (taxa de ocupação de 243%) e o de Viana do Castelo (207%)<sup>86</sup>. O parque penitenciário português foi já considerado como não tendo «unidades em número e lotação suficientes, comportando alguns edifícios muito degradados e sem condições adequadas de higiene e salubridade»<sup>87</sup>. Apesar da obrigatoriedade legal (Decreto-Lei n.º 265/79) do regime de celas individuais, bem como a proibição de superlotação, desde 1985 que a taxa de ocupação ultrapassou os 100%<sup>88</sup>. Segundo Boaventura Sousa Santos, «os estados não têm entendido, como essencial, a renovação e o melho-



**Figura 2 – Evolução dos casos de TB notificados em meio prisional.**

**Fonte: Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto de Situação Epidemiológica e Desempenho 2013. Direção Geral de Saúde<sup>81</sup>.**

ramento dos EP, mantendo em funcionamento estabelecimentos desenhados e projetados para otimizar o desempenho da vertente de encarceramento»<sup>89</sup>.

Em 2002 e 2006, a taxa de notificação de TB na população prisional foi de  $275/10^5$  e  $864/10^5$ , respetivamente<sup>14,82</sup>. O último valor representou um risco 20 vezes superior ao observado a nível nacional nesse ano. Em 2012, os 65 casos verificados de TB na população reclusa traduziram uma subida acentuada face a anos anteriores (fig. 2) e correspondem a uma taxa de incidência prisional de  $477 \times 10^5$ , 22 vezes superior à da população geral<sup>80</sup>.

Genericamente, a prestação de cuidados de saúde é assegurada pelo Hospital Prisional S. João Deus (HPSJD) e pelas unidades de saúde existentes nos EP, existindo enfermarias em 7 EP conferindo alguma cobertura regional. O acesso ao SNS ocorre apenas em última instância. Relativamente à capacidade de isolamento respiratório, só recentemente e apenas no HPSJD foram instalados quartos com pressão negativa<sup>90</sup>. Todos os EP têm assistência de clínica geral e enfermagem, apesar do apoio médico ser feito por vezes em 2 períodos semanais. Em regra, a equipa médica não integra a carreira prisional, sendo contratada por intermediação de empresa de trabalho temporário<sup>91</sup>. Esta forma de palição da carência de profissionais conduz à menor probabilidade de serem promovidas reformas nesses serviços e a problemas a nível dos pagamentos, não promovendo a vinculação em continuidade ou níveis motivacionais positivos<sup>59</sup>. Conhecendo-se a necessidade de maior número de médicos e enfermeiros<sup>92</sup>, foi já proposta a criação de uma forma de medicina prisional como especialidade médica distinta<sup>59</sup>.

Relativamente à dimensão higieno-sanitária, foi paradigmático que o recurso ao balde higiénico no sistema prisional português apenas foi abolido em setembro de 2009<sup>92</sup>. Um outro aspeto já reprobatoriamente salientado prende-se com o facto de, em alguns locais, a medicação ser ainda distribuída pelos guardas prisionais ou outros elementos não pertencentes às equipas de saúde prisionais<sup>61,92</sup>, o que pode comprometer a efetividade terapêutica dos programas de TB. É também preocupante que haja EP em que são os guardas de ala a visitarem a toma da medicação e a escrutinarem as queixas de saúde dos reclusos numa forma de «pré-triagem»<sup>59,92</sup>.

Relativamente ao rastreio de TB, apesar das melhorias verificadas nos últimos anos, constata-se que o rastreio admissional é por vezes protelado até 3 semanas após admissão<sup>93</sup> e que o rastreio sistemático é realizado com periodicidade não-uniforme e, por vezes, dirigido somente a grupos de risco<sup>61</sup>.

À semelhança de outros países, a existência de hierarquias não-oficiais detentoras de poder assinalável no interior do sistema prisional português foi já assumida por algumas autoridades, entre as quais a DGSP<sup>93,94</sup>, sendo que o poder informal entre os reclusos parece encontrar-se adstrito a criminosos profissionais com ligações ao narcotráfico<sup>95</sup>.

Recentemente, o grupo de trabalho para o Plano de Ação Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecto-Contagiosas em Meio Prisional constatou existirem programas de intervenção para toxicod dependentes e disponibilização de preservativos em todos os EP, embora geralmente a pedido. Igualmente, a distribuição de lixívia para desinfecção de material para práticas de risco ocorre em 92% dos EP. Sessões educativas sobre doenças infecciosas e toxicodependência são empreendidas ocasionalmente, porém, o material informativo é escasso e desadaptado ao meio prisional. Este grupo de trabalho renovou recomendações para que se possibilite um acesso constitucional equitativo à saúde, uma melhor dotação dos serviços de saúde prisionais e uma definição de centros extraprisionais regionais de referência para encaminhamento facilitado dos reclusos quando necessário. Foi igualmente sublinhada a necessidade de formação contínua das equipas clínicas, de implementação contínua de medidas de redução de risco infeccioso, do acesso a informação independente referente à situação sanitária em meio prisional e a necessidade também de assegurar sempre o diagnóstico precoce e tratamento da TB<sup>96</sup>.

O processo de intenção para a transferência da responsabilidade dos serviços de saúde prisionais para a alçada do Ministério da Saúde até 2010 foi anteriormente assumido pelas autoridades competentes, porém, sem reflexo prático até à data. Tal medida seria imprescindível para o reenquadramento dos reclusos no SNS<sup>92</sup>.

O estudo do espaço prisional português tem percorrido recentemente os primeiros degraus, propulsionado pela opinião pública contestatária face ao reconhecimento dos constrangimentos da vida prisional e à iniquidade no acesso à saúde. O primeiro porta-voz institucional foi o Provedor de Justiça através da publicação de 3 relatórios sobre o sistema prisional<sup>61,97,98</sup>. A Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional (CEDERSP) defendeu que «o problema do nosso sistema prisional continua a não ser, no essencial, um problema de má legislação, mas antes um problema de falta de visão global da estratégia adequada à execução das leis elaboradas, falta de vontade político-administrativa, falta de organização e de meios humanos, técnicos e financeiros, mas também falta de empenhamento da própria sociedade no seu conjunto»<sup>87</sup>.

## Conclusão

É urgente garantirem-se melhores serviços de saúde prisionais. Em vastas regiões do mundo a saúde prisional é vista ainda como uma concessão da administração penitenciária.

A promoção da saúde, particularmente a luta contra a TB nas prisões, implica uma reflexão conjunta dos atores sobre estratégias adaptadas às especificidades inerentes a um meio altamente estigmatizante.

O aperfeiçoamento dos programas prisionais de controlo da TB deve focar obrigatoriamente todos os aspetos da vida em prisão e merecem ser acompanhados de uma reforma geral prisional<sup>59,61,87</sup> e de um reenquadramento programático na esfera da clínica geral e saúde pública<sup>37,71</sup>. Medidas fulcrais passam pelo necessário reforço do financiamento, melhoria das condições de encarceramento, melhores planos de coordenação com os serviços de saúde comunitários, uma aproximação às escolas médicas e mais estudos epidemiológicos de intervenção sobre a TB na população prisional<sup>4,19,37,71,74</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. In: Global tuberculosis programme. Global tuberculosis control. Geneva: World Health Organization; 1997.
2. Maher D, Gremeska M, Coninx R, Reyes H. Guidelines for the control of tuberculosis in prisons. Global Tuberculosis Programme. Geneva: World Health Organization; 1998. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_TB\\_98.250.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_TB_98.250.pdf)
3. Bone A, Aerts A, Grzemska M, Kimerling M, Kluge H, Levy M, et al. Tuberculosis control in prisons: A manual for programme managers. Geneva: World Health Organization and International Committee of the Red Cross; 2000.
4. World Health Organization. Status paper on prisons and tuberculosis. Regional Office for Europe. World Health Organization. 2007. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/69511/E89906.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69511/E89906.pdf)
5. Valway SE, Greifinger RB, Papania M, Kilburn JO, Woodley C, di Ferdinando GT, et al. Multidrug-resistant tuberculosis in the New York State prison system, 1990-1991. *J Infect Dis*. 1995;170:151-6.
6. Coninx R, Maher D, Reyes H, Grzemska M. Tuberculosis in countries with high prevalence. *BMJ*. 2000;320:440-2.
7. Walmsley R. World prison population list. 8<sup>th</sup> ed London: The International Centre for Prison Studies. Kings College; 2009 [acedido 3 Jan 2013]. Disponível em: [http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/downloads/wpp1-8th\\_41.pdf](http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/downloads/wpp1-8th_41.pdf)
8. International Centre for Prison Studies. World prison brief. London: Institute for Criminal Policy Research; 2014 [acedido 10 Nov 2012]. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief>
9. West HC, Sabol W. Prison inmates at midyear 2008: Statistical tables. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics. U.S. Department of Justice; 2008 [acedido 15 Dez 2012]. Disponível em: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/pim08st.htm>
10. Hammet TM, Harmon MP, Rhodes W. The burden of infectious diseases among inmates of and releases from US correctional facilities. *Am J Public Health*. 2002;92:1789-94.
11. Bick J. Infection control in jails and prisons. *Clin Infect Dis*. 2007;45:1047-55.
12. Habeenzu C, Mitarai S, Lubasi D, Mudenda V, Kantenga T, Mwansa J, et al. Tuberculosis and multidrug resistance in Zambian prisons, 2000-2001. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11:1216-20.
13. Wang EA, McGrann C, Notha M, Project BOTUSA, Mwasekaga M, National TB Reference Laboratory, et al. Rapid assessment

- of tuberculosis in a large prison system, Botswana, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2003;28:250-2.
14. Aerts A, Hauer B, Wanlin M, Veen J. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10:1215-23.
  15. Martín V, Gonzalez P, Caylá J, Mirabent J, Cañellas J, Pina J, et al. Case finding of pulmonary tuberculosis on admission to a penitentiary center. *Tuber Lung Dis.* 1994;75:49-53.
  16. Martín Sánchez V, Alvarez-Guisasola F, Caylá JA, Alvarez JL. Predictive factors of Mycobacterium tuberculosis infection and pulmonary tuberculosis in prisoners. *Int J Epidemiol.* 1995;24:630-6.
  17. Carbonara S, Babudieri S, Longo B, Starnini G, Monarca R, Brunetti B, et al. Correlates of Mycobacterium tuberculosis infection in a prison population. *Eur Respir J.* 2005;25:1070-6.
  18. Drobniewski F. Tuberculosis in prisons: Forgotten plague. *Lancet.* 1995;346:948-9.
  19. Bollini P. HIV/AIDS prevention in prisons: A policy study in four European countries. In: Joint WHO/UNAIDS European Seminar on HIV/AIDS, Sexually Transmitted Diseases and Tuberculosis in Prisons, Warsaw, 14-16 December 1997. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 1997.
  20. Aerts A. Prevalence of infectious tuberculosis in the prison population of Georgia. *Int J Tuberculosis Lung Dis.* 1998;2 suppl 2:S193.
  21. Bobrik A, Danishevski K, Eroshina K, McKee M. Prison health in Russia: The larger picture. *J Public Health Pol.* 2005;26:30-59.
  22. Reyes H, Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. *BMJ.* 1997;315:1447-50.
  23. Goldfarb A, Kimerling ME. Public Health Research Institute/Soros Foundation interim report on the Russian TB program. New York: Public Health Research Institute; 1999.
  24. Sánchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J, et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: Uma urgência de saúde pública. *Cad Saúde Pública.* 2007;23:545-52.
  25. Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculose no sistema prisional de Campinas. São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;15:194-9.
  26. Niero R. Tuberculose pulmonar em uma prisão: estudo de alguns aspectos epidemiológicos como subsídio para o seu controle. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
  27. Brasil. Secretaria de Estado da Administração Penitenciária do Rio de Janeiro. Relatório técnico anual do Programa de Controle da Tuberculose 2004. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro; 2004.
  28. Legrand J, Sanchez A, Pont FL, Camacho L, Larouze B. Modeling the impact of tuberculosis control strategies in highly endemic overcrowded prisons. *PLoS ONE.* 2008; 3:e2100.
  29. Brasil. Secretaria de Estado da Administração Penitenciária do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. In: Relatório técnico anual do Programa de Controle da Tuberculose. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2005.
  30. Sanchez A, Gerhardt G, Natal S, Capone D, Espinola A, Costa W, et al. Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison. *Int J Tub Lung Dis.* 2005;9:633-9.
  31. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica «Prof. Alexandre Vranjac». Divisão de Tuberculose. Tuberculose na população prisional. *Rev Saúde Pública.* 2006;40:557.
  32. MacIntyre CR, Kendig N, Kummer L, Birago S, Graham NM, Plant AJ, et al. Unrecognised transmission of tuberculosis in prisons. *Eur J Epidemiol.* 1999;15:705-9.
  33. Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2008;105:13280-5.
  34. Sanchez A, Diuana V, Camacho LA, Larouze B. Tuberculosis in prisons: An avoidable calamity? *Cad Saúde Pública.* 2006;22:2510-1.
  35. Coninx R, Eshaya-Chauvin B, Reyes H. Tuberculosis in prisons. *Lancet.* 1995;346:1238-9.
  36. Lobacheva T, Sazhin V, Vdovichenko E, Giesecke J. Pulmonary tuberculosis in two remand prisons (SIZOs) in St. Petersburg, Russia. *Euro Surveill.* 2005;10:93-6.
  37. Glaser J, Greidfinger R. Correctional health care: A public health opportunity. *Ann Intern Med.* 1993;118:139-45.
  38. US National Commission on Acquired Immune Deficiency Syndrome. Report: HIV disease in correctional facilities. Washington, DC: The Commission; 1991.
  39. US Department of Justice. Bureau of Justice Statistics. Correctional populations in the United States, 1989. NCJ-130445. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1991.
  40. Mor Z, Adler A, Leventhal A, Volovic I. Tuberculosis behind bars in Israel: Policy making with a dynamic situation. *Isr Med Assoc J.* 2008;10:202-6.
  41. Harries AD, Nyirenda TE, Yadidi AE, Gondwe MK, Kwanjana JH, Salaniponi FM. Tuberculosis control in Malawian prisons: From research to policy and practice. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8:614-47.
  42. Marques F, Silvestre J. Tuberculosis in Portugal: Prognostic predictive factors. *Rev Port Pneumol.* 2006;12:37-8.
  43. Wong MY, Leung CC, Tam CM, Kam KM, Ma CH, Au KF. TB surveillance in correctional institutions in Hong Kong, 1999-2005. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12:93-8.
  44. Macintyre CR, Kendig N, Kummer L, Birago S, Graham NM. Impact of TB control measures and crowding on the incidence of tuberculosis infection in Maryland prisons. *Clin Infect Dis.* 1997;24:1060-7.
  45. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:1887-96.
  46. Bellin EY, Fletcher DD, Safyer SM. Association of tuberculosis control with increased time in or admission to the New York city jail system. *JAMA.* 1993;269:2228-31.
  47. Gupta KB, Gupta R, Atreja A, Verma M, Vishvkarma S. Tuberculosis and nutrition. *Lung India.* 2009;26:9-16.
  48. Lobacheva T, Asikainen T, Giesecke J. Risk factors for developing tuberculosis in remand prisons in St. Petersburg, Russia: A case-control study. *Eur J Epidemiol.* 2007;22: 121-7.
  49. Rutta E, Mutasingwa D, Ngallaba S, Mwansasu A. Tuberculosis in a prison population in Mwanza, Tanzania (1994-1997). *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5:703-6.
  50. Levy M. Prison health services [Editorial]. *BMJ.* 1997;315:1394-5.
  51. Koffi N, Ngom AK, Aka-Danguy E, Seka A, Akoto A, Fadiga D. Smear positive tuberculosis in a prison setting: Experience in the penal campo Bouaké, Ivory Coast. *Int J Tuberculosis Lung Dis.* 1997;1:250-3.
  52. Pitchenik AE. Tuberculosis control and the AIDS epidemic in developing countries. *Ann Intern Med.* 1990;113:89-91.
  53. Hammett TM. 1988 Update: AIDS in correctional facilities. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice; 1989. p. 7-21.
  54. Weisfuse IB, Greenberg BL, Back SD, Makki HA, Thomas P, Rooney WC, et al. HIV-1 infection among New York city inmates. *AIDS.* 1991;5:1133-8.
  55. US Centers for Disease Control and Prevention. Transmission of multidrug-resistant tuberculosis among



- immunocompromised persons in a correctional system: New York, 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1992;41:507-9.
56. Carvalho ML, Veiga L, Biondi E, Fialho JL, Hanan JL, Leandro EA, et al. Prevalence of HIV-infection in prison system of Rio de Janeiro, Brazil. In: 12<sup>th</sup> World Aids Conference, Abstracts. Geneva: International AIDS Society; 1998.
  57. Reyes H. [Ir]relevance of condoms in prisons. Proceedings of the Corrections Health Services Conference, November 1997, Sydney, Australia.
  58. Coninx R, Eshaya-Chauvin B, Reyes H. First-line tuberculous therapy and drug resistant *Mycobacterium tuberculosis* in prisons. *Lancet.* 1999;353:969-73.
  59. Raposo H, Carapinheiro G. Serviços de saúde em meio prisional: o caso do Hospital de S. João de Deus (Relatório do Projecto). Lisboa: FCT; 2005.
  60. Horsburgh Jr, Jarvis JQ, McArthur T, Ignacio T, Stocket P. Seroconversion to human immunodeficiency virus in prison inmates. *Am J Public Health.* 1990;80:209-11.
  61. Nascimento-Rodrigues H. As nossas prisões: III Relatório especial do Provedor de Justiça à Assembleia da República, 2003 [acedido 10 Out 2011]. Disponível em: [http://www.provedor.jus.pt/restrito/pub\\_ficheiros/RelPrisoos2003.pdf](http://www.provedor.jus.pt/restrito/pub_ficheiros/RelPrisoos2003.pdf).
  62. Fry RS, Khoshnood K, Vdovichenko E, Granskaya J, Sazhin V, Shpakovskaya L, et al. Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St. Petersburg, Russia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9:1027-33.
  63. Stead WW. Undetected tuberculosis in prison. *JAMA.* 1978;240:2544-7.
  64. Lambert LA, Espinoza L, Haddad MB, Hanley P, Misselbeck T, Myatt FG, et al. Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in a Tennessee prison, 2002-2004. *J Correct Health Care.* 2008;14:39-47.
  65. Ruddy MC, Davies AP, Yates I, Yates S, Balasegaram S, Drabu Y, et al. Outbreak of isoniazid resistant tuberculosis in north London. *Thorax.* 2004;59:279-85.
  66. Jones TF, Woodley CL, Fountain FF, Schaffner W. Increased incidence of the outbreak strain of *Mycobacterium tuberculosis* in the surrounding community after an outbreak in a jail. *South Med J.* 2003;96:155-7.
  67. US Centers for Disease Control and Prevention. Probable transmission of multidrug-resistant tuberculosis in a correctional facility California. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1993;42:48-51.
  68. Perelman MI. Tuberculosis in Russia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000;4:1097-103.
  69. Saunders DL, Olive DM, Wallace SB, Lacy D, Leyba R, Kendig NE. Tuberculosis screening in the federal prison system: An opportunity to treat and prevent tuberculosis in foreign-born populations. *Public Health Rep.* 2001;116:210-8.
  70. Layton MC, Henning KJ, Alexander TA, Gooding AL, Reid C, Heyman BM, et al. Universal radiographic screening for tuberculosis among inmates upon admission to jail. *Am J Public Health.* 1997;87:1335-7.
  71. US Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2006;55(RR09):1-44.
  72. Larouzé B, Sánchez A, Diuana V. Tuberculosis behind bars in developing countries: A hidden shame to public health. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2008;102:841-2.
  73. Portugal. Ministério da Justiça. In: *Direção Geral dos Serviços Prisionais. Relatório de actividades de 2013.* Lisboa: Direção Geral dos Serviços Prisionais; 2013.
  74. Kaufman A, Holbrook J, Collier I, Farabaugh L, Jackson R, Johnston T. Prison health and medical education. *J Med Educ.* 1979;54:925-31.
  75. Rodrigo T, Caylà JA, García de Olalla P, Brugal MT, Jansà JM, Guerrero R. Effectiveness of tuberculosis control programmes in prisons. Barcelona 1987-2000. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002;6:1091-7.
  76. Jones TF, Schaffner W. Miniature chest radiograph screening for tuberculosis in jails: A cost-effective analysis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;161:77-81.
  77. Leung C, Chan C, Tam C, Yew W, Kam K, Au K, et al. Chest radiograph screening for tuberculosis in a Hong Kong prison. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9:627-32.
  78. US Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2003;52(RR10):1-42.
  79. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Atlanta, GA: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. CDC. [consultado 10 Dez 2012]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
  80. Portugal. Ministério da Saúde. In: *Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Ponto de situação epidemiológica e desempenho.* Lisboa: DGS;2013.
  81. Portugal. Ministério da Justiça. In: *Direção Geral dos Serviços Prisionais. Relatório de actividades de 2009.* Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Prisionais; 2009.
  82. Portugal. Ministério da Saúde. In: *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida.* Lisboa: Ministério da Saúde; 2006.
  83. Portugal. Ministério da Saúde. In: *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida. Situação da epidemia em Portugal.* Lisboa: Ministério da Saúde; 2007.
  84. Portugal. Ministério da Saúde. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011. Lisboa: Departamento de Doenças Infeciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas; 2011.
  85. Neto M, Freitas M, Gonzaga M. O VIH/SIDA em meio prisional: região Norte. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP. Departamento de Saúde Pública; 2007.
  86. Portugal. Ministério da Justiça. Direcção Geral dos Serviços Prisionais. Estatísticas de 2012. [Internet]. Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Prisionais; 2012. [consultado 14 Out 2014]. Disponível em: <http://www.dgsp.mj.pt>
  87. Amaral DF, Pereira LM, Albino MC, Duro P, Gomes C. Relatório final da Comissão de Estudo e Debate do Sistema Prisional. Ministério da Justiça: Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional. 2003 [acedido 3 Jan 2013] Disponível em: <http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/comissao-de-estudo-e/downloadFile/attachedFile.f0/RelatorioCEDERSP.pdf?nocache=1205856345.98>
  88. Ferreira VP. Sobrepopulação prisional e sobrelotação em Portugal. *Temas Penitenciários.* 1999;II(3 e 4):7-38.
  89. Santos B S. A reinserção social dos reclusos: um contributo para o debate sobre a reforma do sistema prisional. Coimbra: Observatório Permanente da Justiça Português. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra; 2003.
  90. Portugal. Ministério da Justiça. Direcção Geral dos Serviços Prisionais. DGSP homepage. [Internet]. Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Prisionais; 2014. [consultado 12 Nov.2014]. Disponível em: <http://www.dgsp.mj.pt/>
  91. Portugal. Ministério da Justiça. In: *Direção Geral dos Serviços Prisionais. DGSP. Relatório de Atividades de 2010.* Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Prisionais; 2011.



92. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Report to the Portuguese Government on the visit to Portugal carried out from 14 to 25 January 2008. [Internet]. Brussels: Council of Europe; 2009. (Council of Europe CPT/Inf 200913). [consultado 12 Out 2014]. Disponível em: <http://www.prisonobservatory.org/>
93. Gomes C, Viana LM. Os reclusos circulavam com excessiva liberdade nas prisões. *Jornal Público*. 2002 [acedido 2 Jul 2014]. Disponível em: <http://www.publico.pt/j167039>.
94. Felner RC. Prisões portuguesas: do balde higiénico às malhas do tráfico de droga. *Jornal Público*. 2002 [acedido 2 Jul 2014]. Disponível em: <http://www.publico.pt/j167039>.
95. Dores AP. Pedido de atenção para a situação das prisões portuguesas. Lisboa: Associação Contra a Exclusão para o Desenvolvimento (ACED); 1999. (SOS Prisões: Boletim mensal do Grupo de Trabalho para as Prisões).
96. Portugal. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho Justiça/Saúde Plano de Ação Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional. Relatório do Grupo de Trabalho Justiça/Saúde. Despacho conjunto n.º 72/2006 de Julho de 2006. Lisboa: Grupo de Trabalho Justiça/Saúde; 2006.
97. Nascimento-Rodrigues H. As nossas prisões I: Relatório especial do Provedor de Justiça à Assembleia da República 1996. [Internet]. Lisboa: Provedoria de Justiça;1996. [consultado 12 Set 2014]. Disponível em: <http://www.provedor-jus.pt/restrito/pub.ficheiros/RelPrisoes1996.pdf>
98. Nascimento-Rodrigues H. As nossas prisões II: Relatório especial do Provedor de Justiça à Assembleia da República 1999. [Internet]. Lisboa: Provedoria de Justiça;1999. [consultado 12 Set 2014]. Disponível em: <http://www.provedor-jus.pt/restrito/pub.ficheiros/RelPrisoes1999.pdf>.