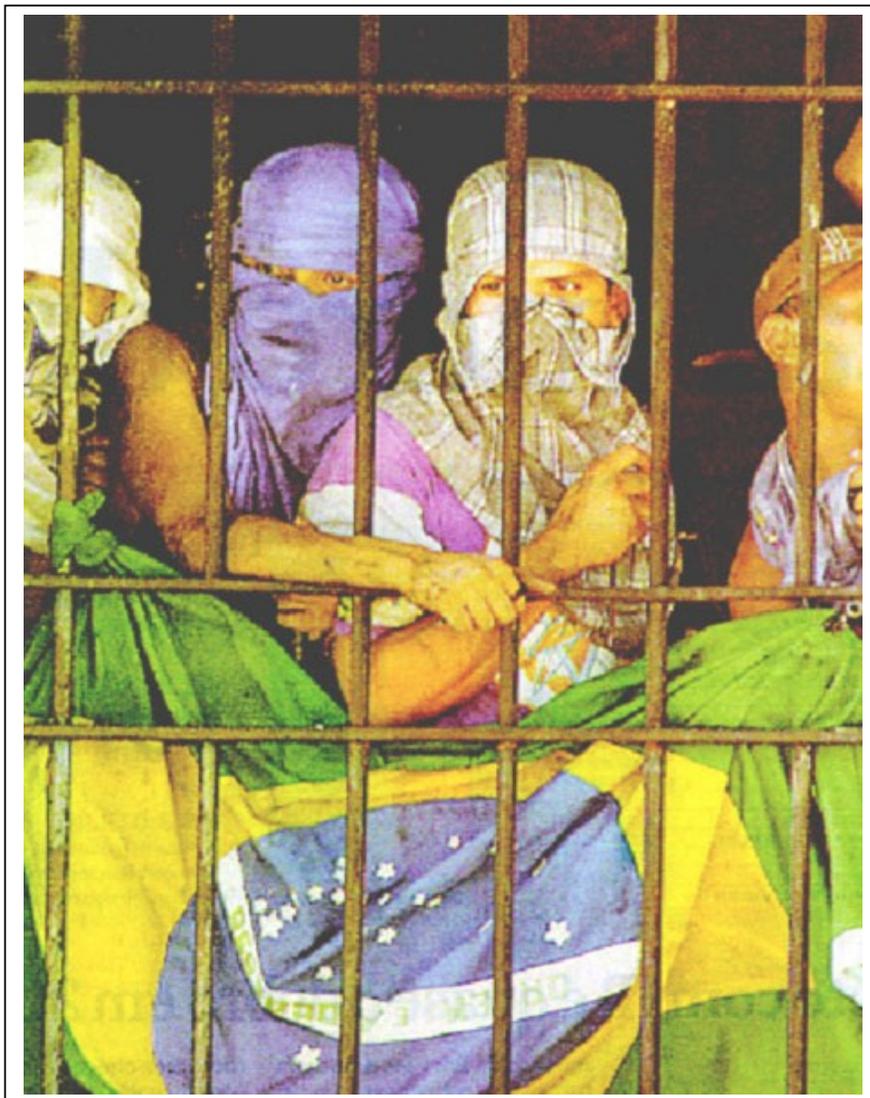


A TUBERCULOSE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO - 2005



Jorge Meireles Amarante – Médico Consultor UNESCO/SVS

Considerações Gerais

A grave superlotação é talvez o mais básico e crônico problema afligindo o sistema penal brasileiro. Há mais de uma década, autoridades prisionais do Brasil estimaram que o país necessitava de 50.934 novas vagas para acomodar a população carcerária existente. Desde então, embora alguns esforços tenham sido feitos para resolver o problema, a disparidade entre a capacidade instalada e o número atual de presos tem apenas piorado.

A capacidade real de uma prisão é difícil de ser objetivamente estimada e como resultado disso, é fácil de ser manipulada. Mas não resta dúvida que quase todos os estabelecimentos prisionais brasileiros estão superlotados. Como todos os administradores prisionais sabem, prisões superlotadas são extremamente perigosas: aumentam as tensões elevando a violência entre os presos, tentativas de fuga e ataques aos guardas. Não é surpresa que uma parcela significativa dos incidentes de rebeliões, greves de fome e outras formas de protesto nos estabelecimentos prisionais do país sejam diretamente atribuídos à superlotação. Em muitos casos, os presos amotinados simplesmente demandaram que fossem transferidos para estabelecimentos menos lotados, querendo deixar um distrito policial apertado para uma penitenciária mais espaçosa.

Se os números dos últimos anos servirem como indicação, a população carcerária do Brasil continuará a crescer e, mais provavelmente, superará a expansão da capacidade prisional. O déficit na capacidade instalada cresceu 27% entre 1995 e 1997, enquanto a capacidade total dos presídios cresceu apenas 8,1% durante o mesmo período (Human Rights Watch - HRW).

A falta de vagas nas prisões é particularmente dramática quando se considera o enorme número de acusados que se livraram de cumprir suas penas, deixando essas penas pendentes. No entanto, o número real de foragidos é difícil de estimar, pois, os dados estaduais e federais incluem várias penas para um só acusado, acusados que já morreram e casos em que o crime já prescreveu. Uma especialista em presídios aconselhou que, no mínimo, "o número atual deva ser dividido por cinco" para poder levar esses fatores em consideração. Mesmo assim, o número de detentos adicionais que essas sentenças representam pode ser um peso significativo sobre o já sobrecarregado sistema penal.

Um fator importante que contribui para a superlotação dos presídios brasileiros é o confinamento de presos não condenados, cerca de um terço da população carcerária. Como essas pessoas não foram condenadas por crime algum são presumidos inocentes

pela lei e uma porção dela será de fato absolvida pelos crimes dos quais é acusada, sem levar em consideração o tempo que passaram em confinamento.

Segundo as normas internacionais de direitos humanos, acusados deveriam ser soltos enquanto o julgamento estiver pendente. Seguindo esse princípio, o Artigo 9(3) do Pacto Internacional dos Direitos Civil e Políticos reza que: "a prisão preventiva de pessoas que aguardam julgamento não deverá constituir a regra geral, mas a soltura poderá estar condicionada a garantias que assegurem o comparecimento da pessoa em questão à audiência e a todos os atos do processo, se necessário for, para a execução da sentença". Ao interpretar essa provisão, o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas determinou que a detenção antes do julgamento deveria ser usada apenas quando for legal, razoável e necessária. A necessidade é definida estritamente como: "para prevenir fuga, interferência com as provas da recorrência do crime" ou "quando a pessoa em questão constituir uma ameaça clara e séria à sociedade que não pode ser contida de outra maneira".

Embora estatística abrangente em nível nacional não tenha sido compilada, acredita-se que Aids e tuberculose - geralmente juntas - são as principais causas das mortes naturais nos presídios do Brasil. Muitos presos morrem dessas doenças após terem recebido tratamento médico insuficiente ou nenhum. Na maioria dos presídios estaduais, presos nos distritos policiais não recebem medicamentos para Aids, embora recebam tratamento externo para tuberculose. Os presos doentes não são transferidos para um hospital ou enfermaria antes de chegarem a um estado avançado ou terminal da doença (segundo as normas internacionais, presos portadores do vírus HIV que ainda não demonstram os sintomas da Aids não são segregados de outros presos). Apesar da previsão do indulto humanitário concedido, teoricamente, aos presos doentes em estado terminal, obstáculos processuais e outros retardamentos implicam em que, na prática, poucos presos sejam beneficiados a tempo.

Felizmente, as autoridades judiciais e de saúde reconheceram a seriedade da contaminação epidêmica do vírus HIV entre a população carcerária. Eles enfatizam, em particular, que o constante fluxo de presos que deixam o sistema prisional facilita a contaminação da população em geral pelo vírus HIV. Segundo estimativas, todo ano cerca de 12.000 presos portadores do HIV são libertados, tornando-se focos de propagação da doença.

Por ocasião do Dia Mundial da Tuberculose, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) exortou os governos, as autoridades da saúde e a comunidade internacional a enfrentar a questão da tuberculose nas prisões como parte da política mais ampla de saúde pública adotada para combater esta doença.

Dentro das prisões, onde a superpopulação aumenta a vulnerabilidade dos presos, a tuberculose - uma doença curável - é freqüentemente fatal. O flagelo adicional do HIV/AIDS torna ainda mais urgente a necessidade de enfrentar este

problema. De acordo com o médico do CICV Eric Burnier, os registros indicam que a prevalência da tuberculose seja até 100 vezes maior nas prisões que entre a população em geral.

Hoje, o desafio continua a ser o fortalecimento do compromisso político para combater a tuberculose nas prisões como uma política pública. Os presos devem ser considerados em grau de igualdade com a população em geral e ter o mesmo acesso a um diagnóstico precoce, tratamento adequado, cuidados e acompanhamento médico, tanto em seu próprio benefício como em benefício dos demais.

A carência de atenção à saúde, a precariedade de espaço físico, a promiscuidade em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, são fatores que as predispõem ao contágio e ao adocimento pela tuberculose. Os regimes prisionais semi-abertos, as visitas íntimas, as saídas nos fins-de-semana ou em efemérides como prêmio ao bom comportamento, as transferências constantes sem um controle sanitário, favorecem a transmissão intra e extramuros do bacilo da tuberculose, convertendo os presos em disseminadores que perpetuam os altos índices de incidência da doença na população carcerária e na população geral.

A tuberculose é um dos mais sérios problemas de saúde pública nas unidades prisionais brasileiras, sendo responsável por altas taxas de mortalidade, com índices de incidência muitas vezes superiores aos encontradas na população geral brasileira.

Dados oficiais da Área Técnica de Saúde do Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde em abril 2005, demonstram que a população carcerária recolhida em estabelecimentos prisionais no Brasil, era da ordem de 224.130 pessoas, distribuídas pelas 27 unidades federadas. O Estado de São Paulo alberga 42,1% deste contingente, seguido pelo Rio Grande do Sul (9,1%) e pelo Rio de Janeiro (8,1%). A menor população carcerária, representando 0,2% do total, encontra-se no Estado de Roraima (tabela 1).

Segundo a mesma fonte, no mesmo período, das 539 unidades prisionais existentes, São Paulo dispunha de 116 (21,5%), o Rio Grande do Sul 92 (17,1%) e o Rio de Janeiro 33 (6,1%), perfazendo, as três UF, 241 unidades, ou seja, quase a metade (44,7) do total de penitenciárias brasileiras (tabela 2).

Tabela 1 - População carcerária por UF – Brasil 2005

UF	POPULAÇÃO	%
AC	1942	0,9
AL	1291	0,6
AM	1415	0,6
AP	1059	0,5
BA	5290	2,4
CE	4241	1,9
DF	7110	3,2
ES	4494	2,0
GO	3520	1,6
MA	2265	1,0
MG	6424	2,9
MS	6101	2,7
MT	1360	0,6
PA	4189	1,9
PB	4370	1,9
PE	10987	4,9
PI	1521	0,7
PR	7903	3,5
RJ	18127	8,1
RN	1732	0,8
RO	3135	1,4
RR	350	0,2
RS	20375	9,1
SC	7782	3,5
SE	1981	0,9
SP	94356	42,1
TO	810	0,4
BR	224130	100,0

Fonte: Área Técnica de saúde do Sistema Penitenciário-MS – abril 2005

Tabela 2 – Estabelecimentos Prisionais por UF – Brasil 2005

UF	Nº UNIDADES	%
AC	5	0,9
AL	6	1,1
AM	11	2,0
AP	13	2,4
BA	15	2,8
CE	10	1,9
DF	5	0,9
ES	14	2,6
GO	9	1,7
MA	8	1,5
MG	20	3,7
MS	24	4,5
MT	5	0,9
PA	20	3,7
PB	15	2,8
PE	17	3,2
PI	13	2,4
PR	16	3,0
RJ	33	6,1
RN	8	1,5
RO	20	3,7
RR	2	0,4
RS	92	17,1
SC	30	5,6
SE	7	1,3
SP	116	21,5
TO	5	0,9
BR	539	100,0

Fonte: Área Técnica de saúde do Sistema Penitenciário
MS – abril 2005

A Portaria Interministerial Nº 1777, de 9 de setembro de 2003, assinada pelos Ministros da Saúde e da Justiça, instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, reconhecendo a importância da implementação de ações e serviços, consoante os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário

Nacional, constituída de mais de 200 mil pessoas distribuídas em todas as unidades da federação. Pelo Plano, as ações e os serviços de atenção básica em saúde serão organizados nas unidades prisionais e realizados por equipes interdisciplinares de saúde.

Como a iniciativa é relativamente recente, até abril de 2005, estavam aparelhadas com infraestrutura e equipes para executar o Plano de acordo com os critérios da Portaria, apenas as seguintes unidades: Distrito Federal, Pernambuco, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Minas Gerais, Bahia, São Paulo, Goiás, Tocantins e Rondônia.

Método

A versão atual do SINAN não contempla separadamente as populações carcerárias que, assim, fazem parte da morbidade geral dos municípios nas unidades federadas onde se encontram. Até que este inconveniente seja contornado, com a finalidade de fazer um diagnóstico de situação e monitorização do comportamento da tuberculose especificamente entre os privados de liberdade, o PNCT elaborou um modelo de instrumento de inquérito que é enviado anualmente às Coordenações Estaduais dos Programas de Controle da Tuberculose para preenchimento com dados básicos sobre população carcerária, dados operacionais sobre o desenvolvimento das ações de controle da enfermidade, tais como, descoberta de casos novos de tuberculose e resultado de tratamento. As planilhas são preenchidas e enviadas ao PNCT onde os dados são consolidados em formato Excel 2000 (ver anexo no final).

Foram incluídos nesta análise todos os casos de TB notificados no ano de 2005, pelas unidades federadas que conseguiram a informação.

As definições usadas foram as estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle de TB (PNCT) e pelo GT-SINAN:

Caso de TB: todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínicos e epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de TB.

Caso novo: paciente com TB que nunca se submeteu à quimioterapia anti-TB, fez uso de tuberculostáticos por menos de 30 dias, ou submeteu-se ao tratamento de TB há 5 anos ou mais.

Cura: paciente com cura declarada com base em critério laboratorial (baciloscopia negativa no final do tratamento) ou clínico e radiológico.

Abandono: paciente que após iniciado o tratamento para TB deixou de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data aprazada para seu retorno.

As taxas foram calculadas baseadas nos registros demográficos fornecidos pelas Coordenações Estaduais. Análises de tendências dos dados anuais foram realizadas pelo teste de Qui-quadrado para tendências. O software utilizado para as análises foi o Epi-Info.

Tuberculose

A visita do Human Rights Watch ao Depatri (HRW) revelou que o sistema está tão sobrecarregado que doentes em estado grave ou mesmo em estado terminal permanecem juntos aos demais presos nas delegacias. Dois meses antes da inspeção um preso morreu. Um de seus ex-colegas de cela descreveu o que aconteceu:

“Ele tinha vinte e cinco anos, era negro. Ele estava doente por um mês e ficava deitado no chão, suando como um louco. Eles levaram ele para pegar ar fresco umas vinte vezes. Uma vez eles levaram ele para o posto de saúde. Ele sempre pedia para ver um médico. Finalmente, eles levaram ele quando estava claro que ele estava quase morto, e os carcereiros falaram depois que ele tinha morrido”.

Na mesma delegacia, cerca de um mês depois, um preso epilético faleceu. “Ele teve um ataque epilético e começou a bater a cabeça nas barras da cela. Ele foi levado para o hospital e depois voltou. Ele morreu na sala de visita”.

Pelo menos cinquenta e oito presos da Casa de Detenção morreram durante o ano da nossa visita ao estabelecimento, a maior parte por Aids e tuberculose. Um desses presos faleceu de Aids apenas alguns dias antes da nossa chegada; uma anotação no livro de registros da enfermaria descrevia as circunstâncias de sua morte:

“No dia 24 de novembro de 1997, o paciente, [X], morreu nesta enfermaria. Antes de sua morte, o preso encarregado da enfermaria, [Y], solicitou que [X] fosse enviado ao Hospital Central, mas o agente penitenciário, [Z], disse que [X] tinha sido examinado apenas no dia 21 de novembro e como ele teria chegado há pouco à enfermaria e não podia ser levado ao hospital”.

Como esse caso exemplifica, apenas uma pequena minoria de presos com doenças graves no sistema prisional em São Paulo acaba sendo levada ao Hospital Central do Departamento de Saúde do Sistema Penitenciário. Esse hospital, localizado no complexo da Penitenciária do Estado, possui apenas oitenta e quatro celas e está normalmente aquém de sua capacidade máxima. A Human Rights Watch não pôde visitar esse estabelecimento, mas notamos que uma delegação jurídica que fez inspeções em abril de 1997 reportou as seguintes constatações:

“ A alimentação fornecida não obedece a uma especificação médica mínima . . . [O]s médicos do Hospital Central não estão realizando diariamente tais visitas a cada um de seus pacientes . . . o que . . . se faz absolutamente inaceitável, sobretudo quando é sabido que todos os pacientes ali internados, salvo raríssimas exceções, encontram-se em estado que reclama cuidados intensos e vigília . . . [O] Hospital Central em tese deveria ser o estabelecimento que centralizaria todo o atendimento hospitalar para os condenados que se encontram na rede COESPE, todavia o baixo número de pacientes ali internados já demonstra que está ele muito aquém de poder atender a tais necessidades.

Felizmente, as autoridades judiciais e de saúde reconheceram a seriedade da contaminação epidêmica do vírus HIV entre a população carcerária. Eles enfatizam, em particular, que o constante fluxo de presos que deixam o sistema prisional facilita a contaminação da população em geral pelo vírus HIV. Segundo estimativas, todo ano cerca de 12.000 presos portadores do HIV são libertados, tornando-se focos de propagação da doença.

Inquérito epidemiológico realizado pelo PNCT nas unidades penitenciárias brasileiras em 2004, revelou um coeficiente de incidência da tuberculose de todas as formas da ordem de 1.425,3 casos novos por 100.000 habitantes, vale dizer, 1,4% da

população carcerária apresentou alguma forma clínica de tuberculose naquele ano. A incidência geral na população brasileira estava em torno de 46,4 casos por 100.000 habitantes no mesmo período. Por outras palavras, o presidiário brasileiro apresentava um risco relativo de contrair tuberculose 30 vezes maior que o cidadão brasileiro comum, o que é alarmante.

Descoberta de casos novos em 2005

Foram notificados pelas unidades federadas que informaram os casos detectados em 343 de suas unidades prisionais, correspondendo a 84,3% das existentes, porquanto, nem todos os Estados obtiveram informação plena sobre todas as suas prisões. A informação plena foi conseguida nas seguintes unidades: Acre, Pará, Amapá, Tocantins, Maranhão, Alagoas, Bahia, Espírito Santo, São Paulo (informou somente descoberta de casos), Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. A população geral das unidades federadas em suas respectivas unidades carcerárias informadas, foi de 204.257 presos.

Nas UF que informaram sobre o número de exames de baciloscopia realizado para investigação diagnóstica, foram examinados 62.617 portadores de tosse com expectoração, o que significa uma taxa de sintomáticos respiratórios na população informada da ordem de 30,7%.

A partir do exame destes sintomáticos foram detectados 1.629 casos pulmonares positivos, ou seja, uma taxa de bacilíferos entre os sintomáticos de 2,3%. Fica evidente que a baciloscopia é o principal exame utilizado para a busca de casos na maioria das unidades penitenciárias, sendo o método exclusivo em várias, inclusive em ações verticais de busca ativa.

Foram examinados 3.820 contatos de doentes positivos na baciloscopia, correspondendo a uma média de pouco mais de 2 contatos por paciente bacilífero, havendo, por conseguinte, baixa utilização da busca de casos neste grupo de alto risco nas penitenciárias brasileiras. Apenas 2,3% dos contatos de risco, por outro lado, foram submetidos a quimioprofilaxia, demonstrando, também, a subutilização do método profilático em uma população altamente vulnerável.

O teste para o HIV foi realizado em 50,3% dos tuberculosos, quando a recomendação é que o exame seja franqueado a todos. Resultou positivo em 22% dos doentes, apontando para altas taxas de co-morbidade TB/HIV.

Tabela 3 – Descoberta de casos novos de tuberculose nas unidades Penitenciárias por UF – Brasil 2005

TB UF	PULMONAR (BAAR)			EXTRAPULMONAR					TOTAL
	POS	NEG	Não real.	GANG	PLEU	MEN	MILIAR	OUTRAS	
AC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RO	21	0	0	0	0	0	0	0	21
AM	1	0	0	0	0	0	0	0	1
PA	57	0	0	1	1	0	0	0	59
AP	2	1	0	0	0	0	0	0	3
TO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MA	10	0	0	0	0	0	0	0	10
AL	7	2	7	0	0	0	0	0	16
BA	50	0	0	0	0	0	0	0	50
MG	11	0	1	1	1	0	1	0	15
ES	48	0	0	0	5	0	0	0	53
RJ	416	321	5	0	4	0	0	1	747
SP	782	105	56	19	33	0	9	12	1016
PR	107	0	0	1	11	0	2	0	121
MT	22	2	0	1	0	0	0	0	25
MS	61	17	1	3	2	0	0	0	84
GO	18	1	2	0	0	0	0	0	21
DF	16	0	0	1	1	0	0	0	18
TOTAL	1629	449	72	27	58	0	12	13	2260

Fonte - Coordenações PCT dos Estados

Das 27 unidades federadas, 18 (66,7%) informaram em tempo hábil (até final de abril de 2006), sendo que São Paulo não prestou informação sobre resultado de tratamento. Não informaram os seguintes Estados: Roraima, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (tabela 1).

Foram notificados pelas 18 unidades 2.260 casos novos de tuberculose, estando o maior número de registros de casos de todas as formas no Estado de São Paulo (45,0%), seguido pelo Rio de Janeiro (33,1%). Considerando somente os casos infectantes (baciloscopia positiva) foram totalizados 1.629 registros dos quais 48,0% em São Paulo e 25,5% no Rio de Janeiro.

No total de casos 2.150 (95,1%) eram formas pulmonares, das quais 75,8% eram formas positivas na baciloscopia direta, o que aponta para uma boa sensibilidade do exame bacteriológico direto de escarro, porquanto se trata de população exclusivamente adulta. Dentre as formas extrapulmonares predominaram as localizações, pela ordem, pleural (52,7%), ganglionar periférica (24,5%), miliar (11,0%) e de outras localizações (11,8%).

Tabela 4 – Incidência da tuberculose nas unidades prisionais brasileiras em 2005

UF	POP. CARC.	COEFICIENTES DE RISCO			
		CASOS TODAS	TAXA 100.000	CASOS BK+	TAXA 100000
AC	2247	0	0,0	0	0,0
RO	2182	21	962,4	21	962,4
AM	1270	1	78,7	1	78,7
PA	5858	59	1007,2	57	973,0
AP	1460	3	205,5	2	137,0
TO	1363	0	0,0	0	0,0
MA	723	10	1383,1	10	1383,1
AL	1877	16	852,4	7	372,9
BA	4400	50	1136,4	50	1136,4
MG	4995	15	300,3	11	220,2
ES	5244	53	1010,7	48	915,3
RJ	21496	747	3475,1	416	1935,2
SP	122984	1016	826,1	782	635,9
PR	8200	121	1475,6	107	1304,9
MT	2539	25	984,6	22	866,5
MS	7942	84	1057,7	61	768,1
GO	3194	21	657,5	18	563,6
DF	6283	18	286,5	16	254,7
TOTAL	204257	2260	1106,4	1629	797,5

Fonte: Coordenações Estaduais PCT

No que concerne à determinação dos coeficientes de risco da tuberculose nas unidades prisionais, a informação foi prestada por 18 UF, deixando de enviar os dados as seguintes: RR, PI, CE, RN, PB, PE, SE, SC e RS.

A incidência da tuberculose de todas as formas oscilou de 3.475,1 casos por 100.000 presidiários no Rio de Janeiro, a 78,7% no Estado do Amazonas onde todas as formas detectadas foram bacilíferas, apontando para o fato de ser este praticamente o

único recurso utilizado para o diagnóstico da TB entre os presos. No Rio, 3,4% da população carcerária apresentaram alguma forma de tuberculose no ano de 2005, o que denuncia uma situação de extrema gravidade. A incidência no total nas unidades federadas que informaram ultrapassou a 1 tuberculoso para cada grupo de 100 detentos (tabela 4). Atingiram os quatro dígitos de incidência os estados do Pará, Maranhão, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná e Mato Grosso do Sul.

Considerando apenas os casos pulmonares positivos, em que o diagnóstico etiológico é mais confiável, nas unidades que informaram a incidência alcançou patamares de 795,5 casos bacilíferos por 100.000 detentos, vale dizer, um caso novo infectante ao ano em cada grupo de 125 pessoas. Nesta forma clínica da tuberculose o Rio de Janeiro também se destaca por sua alta incidência, seguido de perto pelo Maranhão e pelo Paraná. Os Estados do Acre e de Tocantins informaram que não registraram nenhum caso de tuberculose no ano de 2005, apesar de aparentemente haverem feito busca de casos.

Tabela 5 – Incidência da tuberculose e risco relativo nas unidades penitenciárias e respectivas UF em 2005

UF	TODAS AS FORMAS/100.000		BK POSITIVO/100.000		Risco Relativo
	PENITENCIÁRIAS	UF	PENITENCIÁRIAS	UF	
AC	0,0	39,4	0,0	23,9	-
RO	962,4	35,7	962,4	20,6	47
AM	78,7	65,1	78,7	33,2	2
PA	1007,2	49,8	973,0	33,6	29
AP	205,5	40,2	137,0	27,9	5
TO	0,0	16,2	0,0	10,1	-
MA	1383,1	44,2	1383,1	21,0	66
AL	852,4	43,0	372,9	24,5	15
BA	1136,4	47,2	1136,4	27,3	42
MG	300,3	27,3	220,2	14,6	15
ES	1010,7	37,6	915,3	24,6	37
RJ	3475,1	52,4	1935,2	26,8	72
SP	826,1	38,8	635,9	19,9	32
PR	1475,6	52,4	1304,9	13,3	98
MT	984,6	39,8	866,5	21,0	41
MS	1057,7	40,3	768,1	21,6	36
GO	657,5	15,3	563,6	9,5	59
DF	286,5	15,1	254,7	6,5	39
TOTAL	1106,4	39,8	797,5	21,7	37

FONTE: SINAN

A incidência da tuberculose bacilífera nas unidades prisionais brasileiras é várias vezes maior que a incidência conhecida para o país, apontando para a relevância deste foco de infecção e adocimento no perfil epidemiológico geral da enfermidade. Vale dizer, o risco relativo de um presidiário contrair tuberculose no Brasil, em números redondos, é nada menos de 37 vezes maior que o de uma pessoa em liberdade. Este risco varia de 98 vezes no Paraná a zero no Acre e em Tocantins (tabela 5).

Tabela 6 - Resultado de tratamento dos casos que obtiveram alta no sistema penitenciário brasileiro em 2005

ALTA UF	C	%	A	%	OTB	%	OOC	%	T	%	SI	%	TT	%
RO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
PA	58	98,3	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	59	100,0
AP	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
MA	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	8	100,0
AL	21	65,6	8	25,0	2	6,3	0	0,0	1	3,1	0	0,0	32	100,0
BA	23	85,2	0	0,0	1	3,7	0	0,0	3	11,1	0	0,0	27	100,0
MG	3	50,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0	6	100,0
ES	20	43,5	7	15,2	1	2,2	1	2,2	13	28,3	4	8,7	46	100,0
PR	72	67,9	12	11,3	0	0,0	0	0,0	4	3,8	18	17,0	106	100,0
MT	20	76,9	2	7,7	1	3,8	1	3,8	2	7,7	0	0,0	26	100,0
MS	35	66,0	4	7,5	3	5,7	0	0,0	11	20,8	0	0,0	53	100,0
GO	1	16,7	1	16,7	0	0,0	2	33,3	1	16,7	1	16,7	6	100,0
DF	18	52,9	1	2,9	1	2,9	0	0,0	10	29,4	4	11,8	34	100,0
TOTAL	432	65,5	42	6,4	9	1,4	13	2,0	48	7,3	116	17,6	660	100,0

Fonte: Coordenações Estaduais PCT

Convenção: C=cura; A=abandono; OTB=óbito causado pela doença; OOC=óbito por outra causa; T=transferência; SI=sem informação; TT=total.

Sobre o resultado de tratamento dos casos de TB encerrados no ano, informaram 13 UF. As demais, ou deixaram de prestar a informação ou não tiveram registro de alta no ano de 2005.

Dentre os 660 casos que encerraram tratamento, 116 (17,6%) estavam sem informação sobre o tipo de alta. A taxa conhecida de cura foi de 65,5%, baixa em relação à meta (mínimo de 85%), principalmente em virtude do alto percentual de transferências, que muitas vezes acontecem à revelia do pessoal da área de saúde, e de casos sem informação. O abandono de tratamento conhecido (6,4%), bem como, o óbito por TB e com TB (3,4%), foram surpreendentemente aceitáveis, em vista das circunstâncias. O abandono pode estar sub-notificado, oculto em meio às transferências.

Taxas de *cura* iguais ou superiores às metas almejadas foram registradas somente no Pará, Amapá, Maranhão e Bahia.

Foi notificada uma taxa de *falência de tratamento* da ordem de 1% dos casos. Os registros de *multirresistência* corresponderam a 1,3% da prevalência de casos, o que nos parece bons indicadores que precisam ser monitorados de perto. As altas por *mudança de diagnóstico* ocorreram em apenas 0,5% dos casos que iniciaram tratamento, apontando para uma boa qualidade no diagnóstico. No total de casos bacilíferos, 47,4% dos tratamentos foram feitos em regime supervisionado (DOTS), o que precisa ser, sem dúvida, incrementado.

Conclusões e sugestões

- A promiscuidade, a superlotação das unidades penitenciárias, o desconhecimento e o descaso com que são encarados a ocorrência e o tratamento de doenças contagiosas graves como a tuberculose e a AIDS, geralmente associadas, são alguns dos principais fatores que favorecem a incidência destas enfermidades em índices várias vezes superiores aos padrões nacionais, contribuindo para a perenização de suas cadeias de transmissão.
- Os regimes semiabertos, as visitas íntimas, os “*saidões*”, os indultos, as transferências por motivo de segurança, sem uma vigilância adequada por parte das equipes de saúde, favorecem a disseminação da tuberculose para a sociedade e para outras instituições carcerárias, servindo, assim, as prisões, de verdadeiras *sementeiras* para tais enfermidades.
- A tuberculose em populações confinadas incide como surto epidêmico e como tal deve ser encarado, o que significa dizer que medidas de controle que visem apenas a busca passiva e tratamento de casos de forma tradicional dificilmente surtirão algum efeito, quando muito, poderão manter a doença nos inaceitáveis patamares atuais.
- Algumas premissas, a experiência demonstra, são indiscutíveis: nada que se faça terá resultado satisfatório se as autoridades penitenciárias e judiciárias não assumirem uma atitude diferente à que ora se dispõem. O problema da tuberculose, e de outras transmissíveis, não será contornado nas unidades prisionais com a atuação isolada dos profissionais da área de saúde. Até que estas duas áreas de atuação consigam trabalhar em perfeita sintonia, os resultados colimados dificilmente serão alcançados. Enquanto os internos forem admitidos e transferidos aleatoriamente, a revelia do pessoal da saúde, o controle da enfermidade torna-se veleidade.

- É fundamental que as admissões e transferências de presos sejam previamente pactuadas com as equipes de saúde para que as providências sejam tomadas com vistas a evitar o abandono de tratamento, o contágio de outros grupos vulneráveis, melhorando as taxas de cura e diminuindo o risco da disseminação de novos focos da doença.
- É indispensável que sejam feitas gestões para o aperfeiçoamento do sistema de informação, transformando as unidades prisionais em unidades notificantes individualizadas do SINAN, para que se possam obter dados de morbidade e de mortalidade de forma rápida e confiável, de maneira a tornar eficiente e eficaz o planejamento, a execução e o monitoramento das ações de saúde.
- Embora existam dificuldades por motivos de segurança, é preciso encontrar formas de melhorar a *cura*, evitar o *abandono* de tratamento e a *multirresistência* aos esquemas terapêuticos pela implementação do tratamento supervisionado nas unidades carcerárias. Em 2005, somente em 47,4% dos casos de TB tratados a medicação foi assistida, o que é pouco em vista do tipo de paciente.
- Para o controle da tuberculose é indispensável que se faça uma triagem admissional dos presos para evitar a internação na unidade prisional de pacientes tuberculosos sem diagnóstico firmado e, sobretudo, sem que o tratamento haja sido instituído há pelo menos 15 dias. Desta forma pretende-se evitar o risco de novas infecções em pessoas suscetíveis o que aumenta o risco de adoecimento entre novos contatos.
- É preciso aumentar consideravelmente o exame de contatos de casos pulmonares positivos entre os internos, para a descoberta precoce de casos e a eficiente eliminação de focos. Os contatos têm 4 vezes mais chance de adoecer que os demais infectados.
- A utilização da radiografia de tórax para o exame de sintomáticos e controle de contatos em populações confinadas parece-nos um recurso indispensável, porque, por sua alta sensibilidade, permitirá a descoberta de casos infectantes ainda em fase potencial (formas pulmonares ainda negativas na baciloscopia). Em virtude do alto custo financeiro e social e da necessidade de aparato de segurança para o deslocamento do preso para as unidades de referência do SUS, sugere-se que o equipamento seja instalado no próprio complexo penitenciário onde existem equipes de saúde, prestando-se também ao diagnóstico de outras pneumopatias e de lesões esqueléticas de extremidades.
- O recurso profilático da quimioprofilaxia nos grupos de alto risco de adoecimento também vem sendo parcamente utilizado, alcançando apenas 2,3% dos contatos. É necessário que a conduta seja utilizada com muito mais frequência.

- Convém envidarem-se esforços no sentido de disponibilizar o teste de HIV para todos os pacientes tuberculosos, porquanto, está demonstrado o alto índice de comorbidade, que em 2005 alcançou pouco mais de 22% de tuberculosos submetidos ao teste sororeagentes.
- A incidência da tuberculose nas unidades penitenciárias alcança índices alarmantes, muitas vezes maiores que os conhecidos para as unidades federadas onde são sediadas, exigindo medidas urgentes para que se evite a internação de sentenciados sem diagnóstico prévio da doença e sem qualquer cobertura medicamentosa que garanta a quebra da cadeia de transmissão em tempo hábil, até como uma medida geral de saúde pública, porquanto estas instituições se constituem em verdadeiros focos incrustados na sociedade, que garantem a disseminação e perpetuação do bacilo. Contribuem fortemente, cedo ou tarde, para o aparecimento de temíveis cepas multirresistentes aos medicamentos utilizados no arsenal terapêutico contra a tuberculose.
- As ações de controle da TB que vêm sendo desenvolvidas nas unidades penitenciárias, ao que parece, têm sido eficientes no que concerne ao tratamento dos casos, com taxas de *abandono* e de *fatalidade* aceitáveis, muito embora possa existir viés de informação em virtude do alto percentual de *transferências* e de casos *sem informação*, que comprometem as taxas de cura e podem travestir estes fracassos.

Jorge Meireles Amarante – Consultor UNESCO/SVS/PNCT.

RESULTADO DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE : CASOS ENCERRADOS EM 2005.

FORMA DA TB	BAAR POSITIVO	TB SEM CONFIRMAÇÃO	TOTAL
TIPO DE ALTA			
CURA			
ABANDONO			
ÓBITO POR TB			
ÓBITO OUTRA CAUSA			
TRANSFERÊNCIA			
SEM INFORMAÇÃO			
TOTAL			

Nº de casos de falência de tratamento =

Nº altas por mudança de diagnóstico =

Nº de casos de TB Multirresistente =

Nº tratamentos supervisionados em BK(+) =

DATA:

RESPONSÁVEL =

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.