Perfil epidemiologido da tuberculose no setor prisional no Brasil

Epidemiological profile of tuberculosis in the prisonal sector in Brazil

Aline Menezes Rossi Tavares[1]

[1]Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil.

Resumo

Objetivo – Analisar o perfil epidemiológico da tuberculose no setor prisional no Brasil e caracterizar os indivíduos diagnosticados. **Métodos** – Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Os dados foram coletados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação, referentes ao período de 2008 a 2016. **Resultados** – No período em estudo notificou-se 36.506 casos de tuberculose no setor carcerário brasileiro, com maior índice de notificação no estado de São Paulo (8.502), e como característica em sua maioria reeducandos do sexo masculino com idades de 20 a 39 anos, predominante em indivíduos da cor parda, relativo a escolaridade cerca de 33,6% não informaram sua escolaridade e 25,3% relataram ter da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental, a forma clinica predominante é a pulmonar, e dentro dos casos observados 78,2% (28.550) das notificações são casos novos, e 7,5% (2.763) são referentes aos regressos devido ao abandono do tratamento. A tuberculose é uma doença tratável, porém a não adesão ao tratamento dificulta a cura, o que tem ocasionado cerca de quatro mil óbitos por ano no Brasil. Dentro do setor prisional no recorte temporal a qual se deu a pesquisa foram notificados 531 óbitos por tuberculose. **Conclusão** – Conclui-se que o ambiente insalubre, somado a falta de políticas públicas de promoção e prevenção de saúde tem contribuído para a disseminação da doença, e conhecer o perfil epidemiológico da doença dentro dessa população é de suma importância para traçar medidas de combate à doença.

Descritores: Epidemiologia descritiva; Presidio; Prevençãop;Tuberculose; Doenças

Abstract

Objective – To analyze the epidemiological profile of tuberculosis in the prison sector in Brazil and to characterize the diagnosed individuals. **Methods** – This is a cross-sectional and descriptive study. Data were collected from the Reporting Disease Information System, from 2008 to 2016. **Results** – During the study period, 36,506 tuberculosis cases were reported in the Brazilian prison sector, with the highest notification rate in the state of São Paulo (8.502), and as a characteristic, mostly male reeducated aged 20 to 39 years, predominant in individuals of brown color, relative to schooling about 33.6% did not report their education and 25.3% reported having the 5th In the incomplete 8th grade of elementary school, the predominant clinical form is pulmonary, and within the observed cases 78.2% (28,550) of the reports are new cases, and 7.5% (2,763) refer to the return due to the abandonment of the primary education. treatment. Tuberculosis is a treatable disease, but nonadherence to treatment makes it difficult to cure, which has caused about four thousand deaths per year in Brazil. Within the prison sector in the time frame which the survey took place, 531 deaths from tuberculosis were reported. **Conclusion** – It is concluded that the unhealthy environment, added to the lack of public policies for health promotion and prevention, has contributed to the spread of the disease, and knowing the epidemiological profile of the disease within this population is of paramount importance to outline measures to combat the disease. disease.

Descriptors: Epidemiology; Presidio; Prevention; Tuberculosis; Diseases

Introdução

A Tuberculose se caracteriza como uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). A doença apresenta algumas características marcantes como: um longo período de latência entre a infecção inicial e a apresentação clínica da doença, preferência pelos pulmões, mas também pode ocorrer em outros órgãos do corpo[1,2].

A transmissão é direta, de pessoa a pessoa, principalmente através do ar. Ao falar, espirrar ou tossir, o doente de tuberculose pulmonar lança no ar gotículas, de tamanhos variados, contendo o bacilo. O período de incubação é de 4 a 12 semanas, e a transmissão ocorre enquanto o indivíduo estiver liberado os bacilos[1].

Dentre os elementos que dificultam o efetivo controle da TB, de forma geral, são relatados problemas de prevenção, diagnóstico e tratamento relacionado à qualidade dos serviços de saúde. A incidência é maior em pessoas que vivem em condições de higiene precária e socialmente fechadas como: prisões, cortiços e abrigos sociais[3].

A tuberculose representa um grave problema de saúde pública, em âmbito mundial, sendo responsável por cerca de quatro mil óbitos por ano no Brasil, mais segunda dados divulgados dentre as preocupações das autoridades de saúde, destaca-se a população prisional com índices de contaminação 35 vezes superior à população geral favorecendo a persistência da doença para além das muralhas penitenciaria[4,5].

Devido ao crescente número de casos de tuberculose no setor prisional encaixando-se como um problema de saúde pública ver-se a necessidade de melhorias. Visto que as saúde das PPL é um direito estabelecido em leis internacionais e nacionais que definem a responsabilidade do Estado na preservação de sua saúde[6].

O Plano Nacional de Saúde (PNS) prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. Além disso, o acesso dessa população a ações e serviços de educação e saúde é legalmente definido pela Constituição Federal

de 1988 e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984. No entanto, somente em 2003, os Ministérios da Saúde e da Justiça integraram-se, por meio do Plano Nacional de Saúde, no Sistema Penitenciário (PNSSP)[7,8].

Mesmo com as ações e serviços do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário para incluir esses indivíduos dentro do SUS ainda existe uma dificuldade em promover saúde, e a prevenção de algumas doenças como a TB esta deficiente, assim destaca-se a necessidade de estudos que possam analisar esses dados e posteriormente criar medidas que possam melhorar essas ações e serviços propostos pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, que teve como cenário a população carcerária do Brasil que chegou a 622.202 pessoas em dezembro de 2014, sendo a terceira maior população carcerária do mundo[9,10].

A coleta de dados foi realizada em abril de 2019, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O período selecionado foram os anos de 2008 a 2016, sendo que as variáveis estudadas foram: número de casos diagnosticados, estado brasileiro com maior número de casos, sexo, faixa etária, raça, grau de escolaridade, forma clínica da doença e óbitos ocorrido pela doença. Os dados obtidos são extremamente sensíveis à capacidade operacional dos serviços de saúde, justificando o recorte temporal escolhido. Dessa forma, a influência está diluída nesse período de estudo, o que proporcionou uma melhor realidade epidemiológica sobre a doença[11].

A faixa etária operacionalizada no presente estudo corresponde a 7 categorias: 15 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 a 64 anos, 70 a 79 anos e 80 a mais. E ao que se refere a raça o estudo trabalhou com 6 categorias: ignorado, branca, preta, amarela, parda e indígena. Para grau de escolaridade considerou 11 categorias: analfabeto, 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental, 4ª série completa do Ensino Fundamental, 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental, Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto, Ensino médio completo, Educação superior incompleta, Educação superior completa, não se aplica e Ign./Branco. Para forma clínica da doença considerou-se: Ign/Branco, pulmonar, extrapulmonar e pulmonar mais extrapulmonar[11].

O presente estudo foi realizado exclusivamente com dados secundários, de acesso público, sem identificação dos sujeitos, obedecendo aos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o que justifica a ausência do parecer de Comitê de Ética em Pesquisa[12].

Resultados

No período considerado para o estudo, foram notificados 36.506 casos de tuberculose na população carcerária Brasileira. Em 2008 de acordo com a Sistema de notificação, observou-se 4.277 casos, com um aumento significativo no ano seguinte para 5.409 casos, em 2010 notificou-se 5.654, em 2011 houve 6.126, e 2012 um total de 6.503 e no ano seguinte uma redução somando-se 4.717 casos, em 2014 com 3.814 e uma redução bem considerável em 2015 com apenas 6 casos e 2016 com apenas 2 notificações, sendo este o último ano com notificações divulgadas. É importante ressaltar que se tratando de uma doença de notificação compulsória, os dados apresentados podem conter falhas, o que compromete a fidedignidade dos dados.

Dentro dos 36.506 casos notificados um percentual de 91,1%(33.267) são indivíduos do sexo masculino e 8,9%(3.238) do sexo feminino. O estado Brasileiro com maior índice foi São Paulo com 23,3% (8.502) e o estado que apresentou um menor índice de notificação foi Roraima com 0,05% com apenas 19 casos notificados no período escolhido para a pesquisa.

A Figura 1 representa o total de casos diagnosticados conforme a faixa etária, onde houver maior índice nas idades de 20 a 39 anos com 77,7% (28.378).

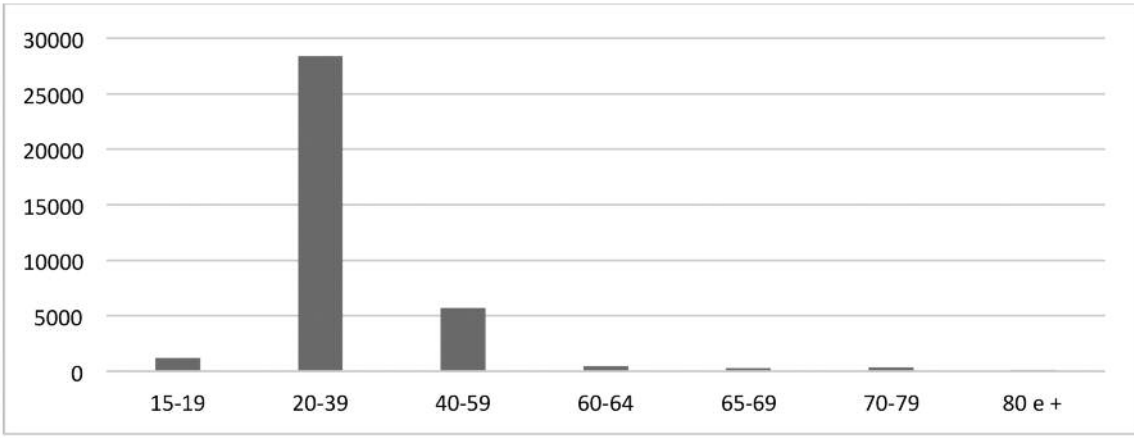
A figura 2 apresenta a variação de casos entre as raças, a qual foi classificada entre: ignorado, branca, preta, amarela, parda e indígena, onde houve uma maior predominância de indivíduos da raça parda portador da doença.

A Figura 3 está relacionando o grau de escolaridade dos indivíduos notificados com a doença, onde o maior índice está presente entre indivíduos com escolaridade entre 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental com 25,3%(9.258), porém houve um número expressivo que não preencheram nenhuma das alternativas relacionado a escolaridade somando um total de 33.6%(12.273).

Relativo a distribuição quanto à forma clínica da tuberculose nos indivíduos notificados dentro do setor prisional, a maior incidência foi do tipo pulmonar (33.395) casos, seguido da extrapulmonar (2.302), e ainda indivíduos que apresentaram as duas formas clinicas, pulmonar e extrapulmonar com 808 casos e apenas 1 caso não foi informado a forma clínica.

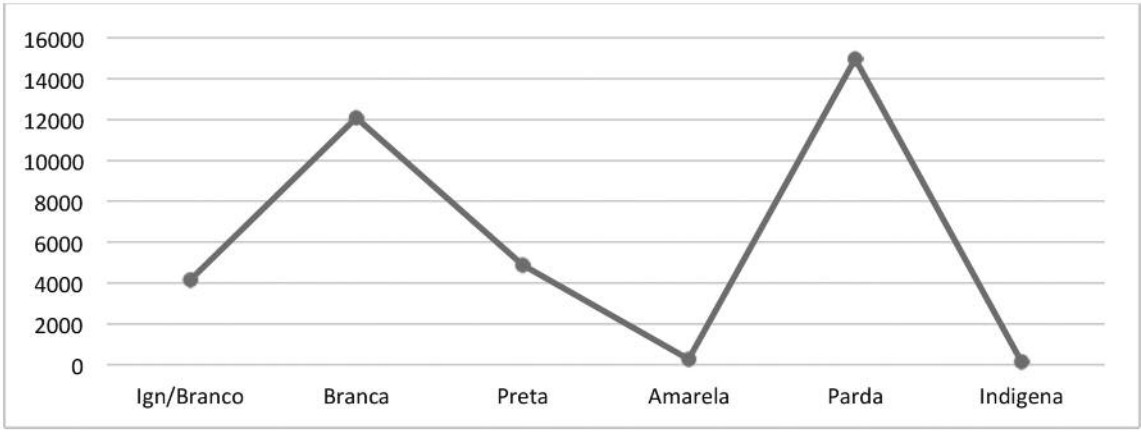
Discussão

O presente estudo apresenta de forma sistemática o contexto epidemiológico da Tuberculose dentro do setor prisional no Brasil entre os anos de 2008 a 2016, segundo Alves et al. (2017) a saúde no sistema penitenciário é, em geral, negligenciada, onde as pessoas privadas de liberdade, muitas vezes, não são contabilizadas no que diz respeito aos investimentos em saúde. O crescimento da população prisional, somada à necessidade incontestável de saúde, faz surgir, crescentemente, a necessidade por mais serviços de saúde no sistema prisional[13].



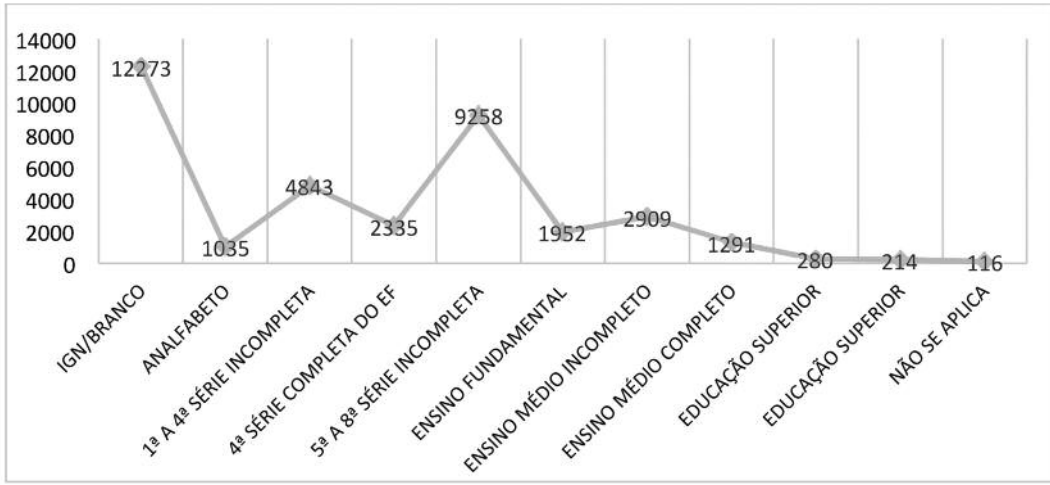
Fonte: SINAN/DATASUS.

Figura 1. A faixa etária com maior número de casos de tuberculose no setor prisional



Fonte: SINAN/DATASUS.

Figura 2. Distribuição de casos de tuberculose no setor prisional conforme a raça



Fonte: SINAN/DATASUS.

Figura 3. Gráfico expressando o número de casos e o grau de escolaridade dos indivíduos diagnosticados com tuberculose no setor prisional

De acordo com o SINAN nos referidos anos foram notificados 36.506 casos de tuberculose no setor prisional, um número bem expressivo nessa população. Segundo o Ministério da saúde a atenção à saúde para essa população tem sido oferecida de forma reduzida, voltando-se apenas para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e as imunizações, porém, observa-se os altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos, no âmbito das instituições prisionais, que também passou a ser prevalentes nessa população[14].

Segundo Pedro et al. (2015) a doença afeta, principalmente, as periferias ou aglomerados urbanos e, geralmente, mostra-se associada às más condições de moradia e de alimentação, à falta de saneamento básico, ao abuso do álcool, tabaco e de outras drogas, e o estado de São Paulo sendo um grande cetro urbano notificou 19.550 casos em 2011 e necessita de atenção devido ao alto número de pacientes multirresistentes, estes índices elevados também é presente dentro do setor prisional no estado de São Paulo conforme já foi apresentado neste estudo[15].

Em relação ao sexo, Alves et al. (2017) verificaram em seus estudos achados que corroboram com de outras pesquisas, pois existe um predomínio no sexo masculino, fato também evidenciado neste estudo. Entretanto é notório que a população carcerária é em sua maioria do sexo masculino, pois, segundo o IFOPEN a população carcerária nacional no ano de 2014 foi 622.202 e destes contingentes havia apenas 36.495 mulheres[16].

Segundo Oliveira e Cardoso (2004) ao descrever a incidência de TB entre detentos do sistema prisional do município de Campinas entre 1993 e 2000, houve o maior predomínio da doença entre os detentos da faixa etária de 25 a 34 anos um percentual de 62,6%, nesse sentido os resultados corrobora ao da presente pesquisa visto que a maior incidência continua predominante entre a faixa etária de 20 a 39 anos de idade com 77,7%[17].

Segundo Pereira et al (2007) em seu estudo perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil, teve como achado que o risco de morrer por tuberculose é de 1,9 vez maior para o grupo de cor parda e 2,5 vezes maior para o de cor preta tendo como referência a população branca. O baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar per capita, especificamente de populações pardas e negras, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença[18]. Segundo os dados da presente pesquisa o mesmo ocorre dentro da população carcerária com um índice maior de notificação em grupos pardos e negros.

Diversos estudos trazem em suas pesquisas que a baixa escolaridade dos pacientes reflete um conjunto de determinantes socioeconômicos precários, que pode aumentar a vulnerabilidade à TB e ser responsável pelo aumento da sua incidência e de abandonos de tratamento[19,20,21], dessa forma os números resultantes da presente pesquisa não foge ao divulgado por outras pesquisas, onde traz que relativo a escolaridade cerca de 33,6% não informaram sua escolaridade e 25,3% relataram ter da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental.

Segundo Pereira et al (2007) em seu estudo perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil, seus achados mostraram que a forma clínica mais encontrada foi a pulmonar com 80,5% do total dos casos estudados o que corrobora com o presente estudo que traz um percentual ainda maior com 91,5% do total de notificações traz a forma clínica pulmonar[18].

Segundo Rodrigues et al (2016) em seus estudos, verificou-se que as notificações de casos novos de tuberculose caíram 19,21%, contudo acompanhando os relatórios de Baciloscopias (implantado a partir de 2005), o autor evidencia que o número de culturas para diagnóstico tem se elevado ao longo do período, demonstrando a preocupação do município em identificar casos novos da doença[22]. No presente estudo existe uma contraposição ao que se refere a notificações de novos casos dentro do setor prisional, pois, de 2008 para 2012 houve um aumento significativo de 3.348 para 5.124 respectivamente.

Segundo Rodrigues et al (2016) o abandono do tratamento teve redução de13,72% em 2001 para 11,50% em 2009, o que repercuti de forma positiva em relação a redução visualizada no número de óbitos relacionados à tuberculose, em 2001 queda de 48,57%, e queda de 55,04% em 2009, dentro do setor prisional de 2008 a 2014 houve uma oscilação nas notificações de reingresso ao tratamento devido ao abandono onde foi observando um decréscimo apenas nos anos de 2015 e 2016, e dentro do recorte temporal da pesquisa dentro do setor prisional houve apenas 1 óbito no ano de 2014[22].

Conclusão

A tuberculose corresponde um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e conforme evidenciado nesse estudo, dentro do setor prisional ainda se torna mais alarmante o número de notificações. Destaca-se nesse estudo algumas características da população afetada como: sexo, faixa etária, grau de escolaridade, raça e cidades com unidades prisionais com maior número de notificações, tais informações contribuem para que sejam criadas medidas de prevenção e promoção de saúde para mudar essa realidade.

Diante da preocupação mundial para o controle da tuberculose e do que foi exposto em números neste estudo, evidenciando um número expressivo de notificações de casos de tuberculose no setor prisional, sugere-se que sejam realizados trabalhos em conjunto do Ministérios da Saúde e da Justiça, para melhorar a execução do que dispõe o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil. Brasília, 2011 [acesso em: junho de 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf

2. Iseman MD. Tuberculose. In: Goldman L & Ausiello D. Cecil: Tratado de Medicina Interna- 22ª ed. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier; 2005.

3. Avelar MCQ. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes suspeitos ou portadores de tuberculose pulmonar: estudo exploratório. Online Braz. J. Nurs.2006; 5(2).

4. Rego S. Debate sobre artigo de Correia et al. Cad Saúde Pública. 2007; 23(9).

5. Sánchez, AR. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. Cad Saúde Pública. 2007(3).

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Áreas Técnica de Saúde do Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: 2010.

7. BRASIL. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984.

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2ª ed. rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

9. BRASIL. População carcerária brasileira chega a mais de 622 mil detentos. 2016. Disponível em: http://www.justica.gov.br/ noticias/populacao-carceraria-brasileira-chega-a-mais-de-622-mil-detentos.

10. BRASIL. Infopen - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (acesso em: junho de 2019). Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf

11. BRASIL. Áreas Temáticas - Biblioteca Virtual em Saúde. Vigilância em Saúde. Sistemas de Informações. Novembro de 2011 (acesso em: junho de 2019). Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1859-1870/

12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.

13. Alves JP. Perfil epidemiológico de pessoas privadas de liberdade. Rev Enferm UFPE. 2017;11(supl10):4036-44.

14. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (acesso em: junho de 2019). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf

15. Pedro HSP. Cenário atual da tuberculose. Hansenologia Internationalis 2014. São Paulo. 2015; 39 (1):40-55.

16. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen. 2014.

17. Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica 2004; 15(3):194-99.

18. Pereira JC. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. Rev Saúde Pública 2015;49:6.

19. Maruza M, Albuquerque MFPM, Coimbra I, Moura LV, Montarroyos UR, Miranda Filho DB, et al. Risk factors for default from tuberculosis treatment in HIV-infected individuals in the state of Pernambuco, Brazil: a prospective cohort study. BMC Infect Dis. 2011;11:351.

20. Orofino IRL, Brasil PEA, Trajman A, Schmaltz CAS, Dalcolmo M, Rolla VC. Preceptores dos desfechos do tratamento da tuberculose. J Bras Pneumol. 2012;38(1):88-97.

21. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. Rev Saude Publica. 2007;41(2):205-13.

22. Rodrigues AMX, Silva KMR, Vieira MR. Tuberculosis' epidemiology in Brazil in the last 10 years. Rev Enferm UFPI. 2016; 5(2):75-9.

Endereço para correspondência:

Aline Menezes Rossi Tavares
Rua Alemanha, 324 – Jardim Europa
Rondonópolis - MT, CEP 78735-806
Brasil

E-mail: alinemenezes123456@gmail.com

Recebido em 25 de julho de 2019
Aceito em 28 de outubro de 2019