

A TUBERCULOSE E A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: OS CASOS NOTIFICADOS EM JOAÇABA/SC, NO PERÍODO DE 2017 A 2019

TUBERCULOSIS AND THE POPULATION DEPRIVED OF LIBERTY: THE CASES NOTIFIED IN JOAÇABA/SC, FROM 2017 A 2019

TUBERCULOSIS Y LA POBLACIÓN ENCARCELADA: LOS CASOS NOTIFICADOS EN JOAÇABA/SC, EN EL PERÍODO DE 2017 A 2019

Tatiane Marateu Borges¹
Nicole Geraldine de Paula Marques Witt²

Resumo

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. De importância mundial, tem elevada prevalência em países em desenvolvimento, entre eles, o Brasil. Considerada uma doença socialmente determinada, acomete principalmente a população carcerária e moradores de rua. Os altos índices de tuberculose observados na população privada de liberdade demonstram a necessidade de medidas mais efetivas para o controle dessa doença nessa população. O presente trabalho teve por objetivo verificar a incidência da tuberculose no presídio do município de Joaçaba, no período de 2017 a 2019, bem como relacionar as condições ambientais e a propagação da doença, descrevendo os principais planos de prevenção à transmissão.

Palavras-chave: tuberculose; população privada de liberdade (PPL); *mycobacterium tuberculosis*.

Abstract

Tuberculosis is an infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, also known as Koch's bacillus. Of global importance, it has a high prevalence in developing countries, including Brazil. Considered a socially determined disease, it mainly affects the prison population and homeless population. The high rates of tuberculosis observed in the population deprived of liberty demonstrate the need for more effective measures to control this disease in this population. The present work aimed to verify the incidence of tuberculosis in the prison of Joaçaba municipality, from 2017 to 2019, and to relate the environmental conditions and the disease dissemination, describing the main plans for preventing transmission.

Keywords: tuberculosis; population deprived of liberty (PDL); *mycobacterium tuberculosis*.

Resumen

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, también conocida como bacilo de Koch. De importancia mundial, tiene elevada frecuencia en países en desarrollo, entre ellos, Brasil. Considerada una enfermedad socialmente determinada, afecta principalmente a la población de las cárceles y a los sin-techo. Los altos índices de tuberculosis observados en la población encarcelada demuestran la necesidad de medidas más efectivas para el control de esa enfermedad en esa población. El presente trabajo tuvo el objetivo de verificar la incidencia de la tuberculosis en la cárcel del municipio de Joaçaba, en el período de 2017 a 2019, así como relacionar las condiciones ambientales y la propagación de la enfermedad y describir los principales planes para prevenir la transmisión.

Palabras-clave: tuberculosis; población encarcelada; *mycobacterium tuberculosis*.

¹ Discente do Curso de Bacharelado em Ciências Biológicas pelo Centro Universitário Internacional UNINTER. E-mail: tatianemarateu@hotmail.com.

² Docente e Tutora da Área de Geociências do Centro Universitário Internacional UNINTER. E-mail: nicole.w@uninter.com.

1 Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. Estudos indicam que a bactéria surgiu há aproximadamente 70.000 anos e que, entre os séculos XVII e XIX, foi responsável por 20% de todas as mortes humanas no mundo ocidental. Atualmente, continua sendo uma causa de alta mortalidade em países em desenvolvimento (COMAS *et al.* 2013), entre eles, o Brasil, o qual continua entre os 30 países com alta carga de TB e coinfeção TB-HIV. Em decorrência disso, é considerado um país prioritário para o controle da doença no mundo (BRASIL, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a tuberculose é considerada uma das doenças mais infecciosas do mundo, estando entre as dez patologias mais importantes do último século. Acredita-se que, durante a epidemia de tuberculose (1850-1950), mais de um bilhão de pessoas morreram. Só em 2011, a doença matou 1,4 milhões de pessoas, e em 2013, 1,3 milhões de pessoas (BRASIL, 2001). Nos anos seguintes as taxas se mantiveram semelhantes e, em 2019, estima-se que, no mundo, cerca de dez milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,2 milhões morreram devido à doença (BRASIL, 2021).

Considerada uma das principais doenças infecciosas do país, apresenta comportamento socialmente determinado, tendo, em ambientes prisionais, por conta de fragilidades sociais inerentes ao próprio indivíduo, as maiores taxas de transmissibilidade e ocorrência (VALENÇA *et al.*, 2015).

Associada às condições individuais do portador, ambientes superpopulosos, mal ventilados e com iluminação solar limitada — como se observa na maioria das prisões, cadeias públicas e delegacias de polícia onde vivem as cerca de 494.237 pessoas privadas de liberdade (PPL) no Brasil — são particularmente favoráveis à disseminação de doenças respiratórias, sobretudo a tuberculose (SANTOS *et al.*, 2012).

À luz dessas informações, percebe-se a gravidade dessa doença dentro das unidades prisionais, nas quais as condições ambientais e sociais são precárias, a falta de estrutura, a superpopulação e, portanto, as condições de higiene às que os presos estão expostos, resultam em alta incidência e prevalência de doenças infecciosas, com destaque para as doenças respiratórias.

Portanto, este trabalho tem por objetivos apresentar a tuberculose como uma doença infecciosa importante para a saúde pública nacional, bem como relacionar as condições ambientais dos ambientes prisionais com a propagação da doença, utilizando, como exemplo

real, os casos de tuberculose relatados no presídio no município de Joaçaba, Santa Catarina. Ainda, o trabalho teve a intenção de descrever o plano de intervenção sobre a transmissão da doença. Como metodologia, o estudo se prevaleceu da pesquisa bibliográfica em artigos, jornais, boletins epidemiológicos e sites oficiais.

2 A tuberculose

A tuberculose, doença com profundas raízes sociais, está intimamente ligada à pobreza e à má distribuição de renda, além do estigma, que implica na não adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes. O surgimento da epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo (BRASIL, 2001).

Foram encontradas evidências da existência de bactérias de tuberculose em múmias do antigo Egito e o médico grego Hipócrates relatou o termo "consumo" em seus escritos dos séculos IV e V a.C. O termo antigo, atribuído à tuberculose era justamente "consumo", pois os pacientes sofriam com acentuada perda de peso, aparentando serem consumidos pela doença (MAYUMI, 2017).

Na década de 90, quando a tuberculose se apresentava como a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de emergência mundial para a tuberculose. Segundo estimativas da OMS, no final do século XX e início do século XXI, dois bilhões de pessoas, correspondendo a um terço da população mundial, estariam infectadas pela *Mycobacterium tuberculosis*. Destas, 8 milhões desenvolveriam a doença e 2 milhões morreriam a cada ano (BRASIL, 2001).

De acordo com a OMS (OPAS BRASIL, 2020), estima-se que um quarto da população mundial continua infectada com o bacilo da tuberculose. A OMS ressalta que a TB continua sendo a doença infecciosa mais mortal do mundo. Em 2018, 10 milhões de pessoas adoeceram com tuberculose em todo o mundo e 1,5 milhão de pessoas perderam a vida por esta doença (OPAS, 2020), e, como já relatado, em 2019, 1,2 milhões de pessoas morreram em decorrência da doença (BRASIL, 2021).

Devido à sua alta taxa de transmissibilidade e ao alto grau de complexidade do tratamento, no qual o indivíduo precisa tomar grande número de medicamentos por um longo tempo — cerca de seis meses —, elencam a tuberculose como um grande problema de saúde pública nacional e mundial. Inclusive, o abandono ou uso irregular dos medicamentos

favorecem a seleção de cepas resistentes, o que está associado a um maior número de casos graves da doença.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), cada paciente com tuberculose pulmonar que não se trata, pode infectar em média 10 a 15 pessoas por ano. Portanto, quando o indivíduo possui todas as informações sobre a doença, além de aumentar as chances de sucesso no tratamento, favorece também uma redução na transmissão do bacilo, já que com o uso correto dos medicamentos, o portador deixa de transmitir a bactéria em aproximadamente 15 dias de tratamento (CRM-TO, 2019).

Embora a tuberculose seja uma doença infecciosa transmitida pelo ar, não está relacionada à gripe ou pneumonia, as quais, respectivamente, estão associadas ao vírus influenza e à inflamação dos alvéolos pulmonares por diferentes agentes. Além disso, apesar de afetar principalmente os pulmões, o bacilo pode acometer outros órgãos.

Diferentemente da maioria das doenças infectocontagiosas que afetam o sistema respiratório, a contaminação pelo bacilo não é instantânea, é preciso um longo tempo de exposição com a pessoa doente para que haja a transmissão; o risco aumenta para pessoas que permanecem por mais de 200 horas com pacientes com tuberculose bacilífera (aqueles que possuem exame de baciloscopia do escarro positivo) ou por mais de 400 horas com pacientes com tuberculose paucibacilar (aqueles que somente o exame de cultura de escarro é positivo). Ainda há a possibilidade do contágio por meio de animais, porém isso quase nunca acontece (MAYUMI, 2017).

A tuberculose pulmonar primária ocorre sobretudo em crianças. A infecção não apresenta sintomas e o indivíduo infectado desenvolve imunidade. O foco inflamatório é absorvido, sofre transformação conjuntiva e se calcifica. Em alguns casos, o bacilo pode se disseminar pelos pulmões, cair na corrente sanguínea e alcançar qualquer órgão, especialmente a meninge, onde causa a meningite tuberculosa, de evolução rápida e altamente letal. Nos adultos, os sinais mais claros da doença são fraqueza, perda de peso e tosse persistente. Como os sintomas não regridem, a saúde do paciente se deteriora. O avanço do bacilo nos pulmões é lento e, ao invés de formar um nódulo duro e calcificado, produz uma massa de aspecto queijoso que rompe os tecidos respiratórios e forma cavidades nos pulmões. A doença ganha os brônquios e, se algum vaso sanguíneo é afetado, o doente começa a tossir sangue. Se não for tratado, o paciente morre por falha na circulação de ar, toxemia geral e exaustão. Em alguns casos, a infecção se estende a outros sistemas e pode afetar praticamente todos os órgãos (BRASIL, 2016).

Em 90% dos casos, o sistema imunológico é capaz de conter a multiplicação do bacilo. Entretanto, em algumas pessoas, o bacilo supera as defesas do sistema imunológico e começa a se multiplicar, resultando na progressão de uma simples infecção por tuberculose para a doença em si. Isto pode ocorrer logo após a infecção (tuberculose primária, de 1 a 5% dos casos), ou vários anos após a infecção (reativação da doença tuberculosa, ou bacilo dormente, de 5 a 9% dos casos) (BRASIL, 2016).

No Brasil, as ações de prevenção e combate começam desde o nascimento, com a oferta, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de vacina (BCG) gratuita para bebês e crianças contra as formas graves da doença. O SUS contempla ainda diagnóstico e tratamento com acompanhamento e duração que varia de acordo com a gravidade do caso, além de atenção aos grupos mais vulneráveis à enfermidade (BRASIL, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde, o empenho do governo brasileiro resultou em queda média anual de 0,3% no coeficiente de incidência da doença entre 2009 e 2018. Outro ganho é que o Brasil atingiu as Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de enfrentamento à tuberculose, que previa reduzir até 2015 o coeficiente de incidência e de mortalidade em 50%, quando comparado com os resultados de 1990 (BRASIL, 2019).

No Brasil, o tratamento para a tuberculose é gratuito e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS); alcançou-se, em 2018, uma taxa de sucesso de 85% entre os casos novos. No entanto, dados de 2019 apontam que o abandono do tratamento ainda está acima da proporção recomendada pela OMS (12% versus 5%) (BRASIL, 2021).

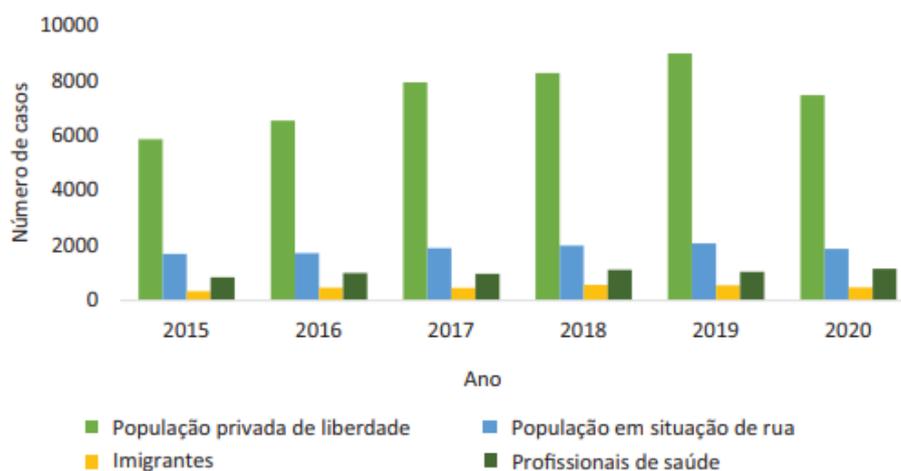
3 Tuberculose e a população carcerária

A tuberculose (TB) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade relacionadas a doenças infecciosas nos países em desenvolvimento. Um desafio notável para o controle da TB envolve a incidência desproporcional observada entre as populações de maior risco, incluindo a carcerária (VALENÇA *et al.*, 2015). De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a tuberculose apresenta um potencial de transmissão bastante elevado em instituições fechadas, como presídios, pelas características dessa população (SÃO PAULO, 2006).

Entre as populações vulneráveis (Figura 1), podem ser destacadas as populações em situação de rua e as privadas de liberdade (PPL), além dos indígenas e imigrantes. Os profissionais de saúde também apresentam maior risco de infecção e desenvolvimento de tuberculose. O Brasil possui a quarta maior população carcerária do mundo e uma incidência

de TB 28 vezes maior quando comparada à população geral, sendo que a falta de manejo adequado da doença se torna um fator de risco para a comunidade. A TB é uma doença persistente nos sistemas prisionais, devido ao diagnóstico tardio, alta prevalência de bactérias resistentes a antimicrobianos, tratamento inadequado, uso de drogas ilícitas, superlotação dos sistemas carcerários, condições precárias de infraestrutura das prisões, alta rotatividade de presos e baixo poder socioeconômico. Dentro disso, a tuberculose se constitui como uma segunda pena para os detentos e o alto risco de desenvolver a doença é partilhado com profissionais da segurança, da saúde, visitantes e a população em geral (ALLGAYER *et al.*, 2019).

Figura 1: Proporção de casos novos de tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis. Brasil, 2015 a 2020. Destaque para a incidência na PPL.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

Possível de correlacionar aos resultados da Figura 1, o risco de desenvolver tuberculose (TB) durante o encarceramento é considerado alto para os 580 mil detentos no Brasil, inclusive para aqueles que ainda aguardam julgamento (40% do total), frequentemente encarcerados nas mesmas condições que os condenados (LAROUZÉ *et al.*, 2015).

Para explicar a hiperendemicidade da tuberculose nas prisões, frequentemente invocam-se as características próprias dos detentos: sua origem, na maioria das vezes de comunidades desfavorecidas, com alta endemicidade de tuberculose; maior frequência de infecção pelo HIV e de uso de drogas na população carcerária do que na população em geral; além de antecedentes de encarceramento. Dessa forma, os presos poderiam ser considerados como os “principais responsáveis” pela situação caótica da TB nas prisões (LAROUZÉ *et al.*, 2015).

Entretanto, essa visão é equivocada, já que a transmissão da tuberculose é predominantemente intrainstitucional como mostram diversos estudos. Uma pesquisa de epidemiologia molecular realizada em uma prisão do Rio de Janeiro apontou que a maioria dos casos de tuberculose identificados estavam relacionados não à reativação de infecções anteriores, mas sim a infecções recentes por cepas que circulavam massivamente na prisão estudada. Essa conclusão, que é similar à de estudo de epidemiologia molecular realizado em Barcelona, Espanha, é corroborada por pesquisa em prisões de Mato Grosso do Sul, que demonstrou o aumento da taxa de infecção latente (teste tuberculínico positivo) de 5% ao ano em função da duração do encarceramento (LAROUZÉ *et al.*, 2015).

Dentro dessa perspectiva, o rastreamento da tuberculose nas prisões é um desafio, de forma que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado devem ser priorizados. A PPL (População privada de liberdade) com tuberculose ativa deve ser acompanhada pela rede de saúde, minimizando chances de interrupção do tratamento e possibilidade de recidiva. O desenvolvimento de políticas, programas e estratégias, como a busca de sintomáticos respiratórios (BSR), exame dos contatos, cultura, teste de sensibilidade, diagnósticos de coinfeção, tratamento diretamente observado (TDO) e ações de educação são essenciais para atingir a meta do “Plano Global Stop TB 2016-2020”, de erradicar a doença até 2030 (ALLGAYER *et al.*, 2019).

Na maioria das publicações sobre o controle da tuberculose nas prisões é mencionada a necessidade de melhorar as condições ambientais de encarceramento, mas raramente são feitas propostas concretas. No âmbito do Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil/Prisões, foi desenvolvido, com o Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça, um programa de âmbito nacional cujo objetivo era propor estratégias realistas para a melhoria das condições de ventilação e iluminação natural das prisões. Com a participação de arquitetos, profissionais de saúde e da segurança, organizações da sociedade civil, do Ministério Público e da Vara de Execuções Penais, foram realizadas oficinas regionais que resultaram na elaboração do “Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões” (SANTOS *et al.*, 2012). Este Manual foi distribuído a esses atores, em particular aos diretores das 1302 unidades prisionais do país. Os resultados obtidos serviram como subsídio para a elaboração de normas federais para construção e reforma de prisões (SÁNCHEZ; LAROUZÉ, 2016).

De acordo com uma modelagem realizada por autores da África do Sul, melhorar as condições ambientais é de grande importância, mas além disso sugerem que a superpopulação acaba por desempenhar um papel ainda mais determinante do que a má ventilação na disseminação da tuberculose (SÁNCHEZ; LAROUZÉ, 2016).

Em 2010, pela primeira vez, o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil incluiu um capítulo específico que contempla recomendações para o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos casos de TB nos presídios. Neste contexto de mudanças recentes nas políticas de saúde prisional no Brasil, torna-se essencial a elaboração de estudos que permitam construir sínteses sobre os desenvolvimentos recentes e indiquem as lacunas de conhecimento associadas ao assunto (VALENÇA *et al.*, 2015).

De acordo com a Divisão de Assistência Social do Departamento Penitenciário (Depen) do RS, o perfil dos presos no Brasil é de homens negros ou pardos, jovens de até 29 anos e com baixa escolaridade (89% não têm nem a educação básica completa). Existem cerca de 292 mil pessoas sem condenação, número que supera o de detentos sentenciados ao regime fechado. Cerca de 70% dos crimes no Brasil foram cometidos sem violência, sendo crimes contra patrimônio ou tráfico de drogas (GAMEIRO, 2019).

A presença da tuberculose no sistema prisional tem sido descrita como uma ameaça. Alguns autores sugerem que não será possível controlar a tuberculose na comunidade se não forem efetivas as ações para o seu enfrentamento nas unidades prisionais/penitenciárias (UP/Ps). Nesses locais, a tuberculose não se limita apenas às PPL, pois afeta também a comunidade com que se relacionam, familiares e funcionários dessas instituições, durante e após a detenção. Os muros são irrelevantes diante da trivialidade do movimento de indivíduos entre o sistema prisional e a comunidade (NAVARRO *et al.*, 2016).

Independentemente da época e do local, as pessoas encarceradas sempre estiveram e estão submetidas a condições nem sempre mínimas para sua sobrevivência; estão sujeitas a diferentes formas de vitimização, como precárias condições de vida e higiene, tortura e outras formas de violência, estresse físico e mental, entre outras. Assim, a privação da liberdade é a principal forma de punição empregada pelos danos cometidos contra a ordem social vigente e, através do isolamento e de trabalhos forçados e castigos, busca-se regenerar o indivíduo, acreditando-se que seja possível com isso a sua transformação e recuperação social (VITTI, 2013)

O aumento da população carcerária é fenômeno observado em diversos países, inclusive no Brasil. Em 2012, havia no Brasil 548.003 mil detentos, 29,7% a mais do que em 2007, sem que houvesse a correspondente adequação da estrutura física e de pessoal, o que repercute no cotidiano das prisões. Nesse contexto, a disseminação de doenças contagiosas, em especial a infecção pelo HIV/AIDS e tuberculose (TB), constitui sério risco à saúde dos detentos e apresenta expressiva magnitude. As frequentes transferências, a demora na identificação de detentos suspeitos de apresentar tuberculose e o descuido nos procedimentos de controle e

terapia têm contribuído com a eclosão da doença nas prisões brasileiras (SACRAMENTO; GONÇALVES, 2017).

O confinamento de grande número de detentos, sendo boa parte deles portadores da bactéria e em condição de transmissão (bacilíferos), em celas na maioria das vezes coletivas (50 detentos ou mais), mal ventiladas, sem iluminação solar e superpopulosas (taxa média de ocupação: 160%), associadas à insuficiência notória dos serviços de saúde penitenciária, são pré-requisitos para as altas taxas de incidência e prevalência da tuberculose nos presídios brasileiros (LAROUZÉ *et al.*, 2015).

Além da transmissão e da manifestação ocorrer dentro do sistema prisional, devido à manifestação tardia dos sintomas e ao tratamento longo, dados do Ministério da Saúde mostram que 84% dos doentes que estão em liberdade adquiriram tuberculose na prisão (GAMEIRO, 2019).

No entanto, apesar de tudo o que foi exposto, a tuberculose não é uma consequência inevitável do encarceramento e pode ser controlada através de programas fundamentados na estratégia global para enfrentamento da tuberculose proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O rastreio sistemático de contatos e grupos de alto risco é um dos pilares dessa estratégia, mas muitos sistemas penitenciários enfrentam uma variedade de desafios que impedem o controle da tuberculose. Tais desafios incluem, entre outros, capacidade laboratorial e ferramentas de diagnóstico insuficientes, interrupções no fornecimento de medicamentos, fraca integração entre serviços de tuberculose dos sistemas de saúde e da prisão, medidas inadequadas de controle de infecção e baixa prioridade política para atenção à saúde na prisão (MOREIRA *et al.*, 2019).

O enunciado da nossa Constituição federal, em seu artigo 196, diz

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O acesso universal e igualitário à saúde e às políticas que visam a prevenção e o combate às enfermidades é dever constitucional do Estado brasileiro e direito assegurado a todas as pessoas. Os presos, enquanto parcela vulnerável da população, devem ter assegurado o acesso à rede de atenção à saúde com agilidade, equidade e qualidade, conforme previsão expressa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (LOURENÇO; GUERRA, 2020).

4 O caso do presídio de Joaçaba

O presídio de Joaçaba/SC (Figura 2) atende a região da AMMOC – Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense, sendo esta região composta por 12 municípios; o presídio tem capacidade para abrigar 130 presos.

Figura 2: Vista externa do presídio de Joaçaba/SC. Localizado na Rodovia BR 282 S/N. Bairro Vila Remor.



De acordo com relatos de um trabalhador da saúde que atuou no local, em 2017 e 2018, a população carcerária estava em torno de 250/260 presos. Em 2019, essa quantidade passou para 295 presos. Percebe-se que, como na maioria dos presídios brasileiros, há superpopulação, pois nele se abriga mais que o dobro de presos do que comporta o presídio. Segundo a mesma fonte, em relação à tuberculose, no período de 2017 a 2019, foram constatados apenas dois casos. Em nenhum deles os presos contraíram a doença dentro do presídio e nenhum deles era do município de Joaçaba. Nos dois casos, os presos já haviam começado o tratamento em unidades de saúde, antes de serem presos. Ainda de acordo com o trabalhador da saúde, os presos concluíram seus tratamentos após a saída da prisão.

Em um panorama estadual, no ano de 2019, na Reunião Regional do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), em Florianópolis, onde foram discutidas as políticas de combate à tuberculose no âmbito do sistema prisional, houve uma significativa redução nos casos registrados na Gerência de Saúde do Departamento de Administração Prisional (Deap). Em março de 2018, foram realizados 9.082 exames e identificados 94 internos infectados pelo bacilo da tuberculose. Em março de 2019, o número caiu para 65 doentes. A redução no número não significa que a tuberculose foi erradicada em SC, mas relativamente controlada no ambiente prisional (SANTA CATARINA, 2019)

O Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano de 2003 o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) para garantir o acesso à saúde dos presos condenados, oferecendo serviços de atenção básica dentro das unidades prisionais. Em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) estendeu o cuidado em saúde para todas as pessoas privadas de liberdade, incluindo os presos provisórios, porém persistem entraves tecnicistas e burocráticos, além do preconceito e discriminação (ALLGAYER *et al.*, 2019)

Os municípios que aderem ao PNAISP recebem incentivo financeiro para realizar o cuidado em saúde dentro do sistema prisional, porém esse sistema carece de monitoramento e avaliação sobre as ações realizadas (ALLGAYER *et al.*, 2019)

Segundo a fonte (trabalhador da saúde) consultada, apesar de o município de Joaçaba não ter aderido ao PNAISP, o presídio possui um consultório onde, uma vez por semana, um médico e um dentista fazem atendimento. Quando há emergência, os presos são levados para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do bairro, ou para o hospital da cidade, dependendo da urgência.

Medidas preventivas de identificação da tuberculose nas pessoas privadas de liberdade devem ser priorizadas, principalmente em grupos com condições associadas a elevados riscos de adoecimento nas UP/Ps, tais como soropositividade para o HIV, diabetes mellitus, doença renal crônica, uso de imunossupressores, entre outros. O método para a identificação de casos suspeitos da tuberculose deve ser estimado em cada cenário, dependendo do contexto local e dos recursos existentes. As principais estratégias de triagem são baseadas em sintomas, radiografia de tórax e prova tuberculínica (PT). Cada uma delas apresenta vantagens e limitações. A triagem e os exames devem ser feitos não somente quando o indivíduo ingressa no sistema penitenciário, mas também após a sua entrada. O intuito dessa ação é examinar os indivíduos com maior probabilidade de apresentar a doença, como os sintomáticos respiratórios (SRs), identificar os casos bacilíferos e tratá-los adequadamente. Tais medidas vão diminuir a incidência da doença, bem como interromper a cadeia de transmissão (NAVARRO *et al.*, 2016).

5 Considerações finais

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo sobre a tuberculose e a população privada de liberdade, abordando, como exemplo, o caso do presídio de Joaçaba/SC, nos períodos de 2017 a 2019.

Além disso, o artigo se propôs fazer um breve relato sobre a tuberculose como doença, a sua origem, as profilaxias e tratamentos, para assim promover o entendimento sobre qual é a situação desta doença dentro dos presídios brasileiros. Para isso, a pesquisa se prevaleceu da leitura de artigos científicos, jornais, boletins epidemiológicos e sites de instituições públicas que abordam a doença e/ou seu agente patogênico.

Para que o trabalho não se limitasse à teoria, buscou-se junto aos profissionais que trabalharam no presídio na época pesquisada, informações a respeito das condições socioambientais, estrutura física, quantidade de presos, quantidade de presos infectados pela tuberculose, bem como qual foi o tratamento oferecido.

O tema abordado é muito importante para a sociedade, visto que a tuberculose não se restringe somente às pessoas privadas de liberdade que estão infectadas. Alcançam os familiares que estão fora da prisão e, por ser uma doença infecciosa, alcança os amigos dos familiares, os amigos dos amigos, e assim por diante. O conhecimento sobre a doença é uma arma poderosa para a sua cura e erradicação.

O tratamento é gratuito. De acordo com a Fiocruz Brasília, o tratamento da TB dura no mínimo três meses e envolve uma gama de antibióticos, oferecidos gratuitamente pelo SUS, assim como o diagnóstico (GAMEIRO, 2019).

O Brasil, com uma das maiores populações carcerárias do mundo, possui uma problemática da mesma magnitude, que é a assistência médica e da saúde do preso. Longe de atender as prerrogativas quanto ao direito à saúde estabelecido na Constituição, o sistema carcerário é precário, até mesmo em matéria de estrutura. Há superlotação, água e alimentação não são de qualidade, o que favorece a proliferação de doenças.

O presídio de Joaçaba não é diferente. Há uma superpopulação, o que acaba gerando condições higiênicas não adequadas e, de acordo com funcionário do Departamento de Administração Prisional (Deap), a alimentação é de má qualidade. Mas, em relação à tuberculose, no período de 2017 a 2019, tanto o diagnóstico quanto o tratamento dos presos infectados, tiveram sucesso.

Referências

ALLGAYER, M. F. *et al.* Tuberculosis: health care and surveillance in prisons. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 5, set./out. 2019.

AMMOC. **Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense**. Disponível em: <https://www.ammoc.org.br/>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de controle da tuberculose**. Brasília: MS, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Imagens da peste branca**: memória da tuberculose. Rio de Janeiro: CCMS, 2016. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/peste-branca/tb-fatos.php>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 24/3 – Dia mundial de combate à tuberculose. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://bvs.saude.gov.br/ultimas-noticias/2629-24-3-dia-mundial-de-combate-a-tuberculose>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil avança no combate à tuberculose. **Gov.br**. Brasília, 21 dez. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2019/12/brasil-avanca-no-combate-a-tuberculose>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial Tuberculose**, Brasília, n. esp., mar. 2021.

COMAS, I., COSCOLLA, M., LUO, T. *et al.* Out-of-Africa migration and Neolithic coexpansion of *Mycobacterium tuberculosis* with modern humans. **Nat Genet**, [s. l.], n. 45, p. 1176–1182, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTIS. Tuberculose tem cura e o tratamento é garantido pelo SUS. **CRM-TO**. Tocantins, 2019. Disponível em: http://www.crmto.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21990:2019-08-14-13-32-30&catid=3. Acesso em: 08 fev. 2021.

GAMEIRO, Nathália. Projeto da Fiocruz busca reduzir tuberculose nas prisões. **FIOCRUZ Brasília**. Brasília, 29 abr. 2019. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/projeto-da-fiocruz-busca-reduzir-tuberculose-nas-prisoas/>. Acesso em: 26 jan. 2021.

LAROUZÉ, Bernard; VENTURA, Miriam; SÁNCHEZ, Alexandra Roma; DIUANA, Vilma. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2015.v31n6/1127-1130>. Acesso em: 05 fev. 2021.

LOURENÇO, Felipe César; GUERRA, Guilherme Roberto. Tuberculose nos presídios. A precária assistência à saúde para a população carcerária. **Migalhas**. [S.l.], 01 out. 2020. Disponível em: <https://migalhas.uol.com.br/depeso/334182/tuberculose-nos-presidios---a-precaria-assistencia-a-saude-para-a-populacao-carceraria>. Acesso em: 22 jan. 2021.

MAYUMI, Vanessa. Dez coisas que você não sabia sobre a tuberculose. **SEGS.com.br**. Santos SP, 21 mar. 2017. Disponível em: <https://www.segs.com.br/saude/57103-dez-coisas-que-voce-nao-sabia-sobre-tuberculose>. Acesso em: 27 abr. 2021.

MOREIRA, Tiago Ricardo; LEMOS, Aline Campos; COLODETTE, Renata Maria; GOMES, Andréia Patrícia; BATISTA, Rodrigo Siqueira. Prevalência de tuberculose na população privada de liberdade: revisão sistemática e metanálise. **Rev Panam Salu Publica**, Washington, n. 43, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2019.v43/e16/pt>. Acesso em: 08 fev. 2021.

NAVARRO, Pedro Daibert de; ALMEIDA, Isabela Neves de; KRITSKI, Afrânio Lineu; CECCATO, Maria das Graças; MACIEL, Mônica Maria Delgado; CARVALHO, Wânia da Silva; MIRANDA, Silvana Spindola de. Prevalência da infecção latente por Mycobacterium tuberculosis em pessoas privadas de liberdade. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 42, n. 5, set./out. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132016000500348&lng=en&tlng=en. Acesso em: 05 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OMS divulga novas recomendações para prevenir tuberculose e salvar milhões de vidas. **Opas Brasil**. [S.l.], 24 mar. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6124:oms-divulga-novas-recomendacoes-para-prevenir-tuberculose-e-salvar-milhoes-de-vidas&Itemid=812. Acesso em: 27 abr. 2021.

SACRAMENTO, Daniel Souza; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Situação da Tuberculose em Pessoas Privadas de Liberdade no Período de 2007 a 2012. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 11, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11887/14349>. Acesso em: 02 jan. 2021.

SÁNCHEZ, Alexandra; LAROUZÉ, Bernard. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, jun. 2016. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2016.v21n7/2071-2080/pt/>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Administração Prisional e Socioeducativa. Combate à tuberculose nos presídios catarinenses é tema de encontro regional. **Governo de SC**. Florianópolis, 06 ago. 2019. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/justica-e-defesa-da-cidadania/combate-a-tuberculose-nos-presidios-catarinenses-e-tema-de-encontro-regional>. Acesso em: 27 jan. 2021.

SANTOS, Mauro; FRANÇA, Patrícia; SÁNCHEZ, Alexandra; LAROUZÉ, Bernard. **Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões**. Rio de Janeiro: Departamento Penitenciário Nacional, 2012.
SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Tuberculose na população prisional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2006.v40n3/557-557/pt/>. Acesso em: 05 fev. 2021.

VALENÇA, Mariana Soares; POSSUELO, Lia Gonçalves; CEZAR-VAZ, Marta Regina; SILVA, Pedro Eduardo Almeida da. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, jun. 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000702147&lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2021.

VIANA, Julia. Flyer, panfleto ou folder? Saiba a diferença! **Blog da Printi**. [S.l.], 22 jan. 2020. Disponível em: <https://www.printi.com.br/blog/flyer-panfleto-ou-folder-saiba-a-diferenca>. Acesso em: 04 fev. 2021.

VITTI, Walter Junior. O controle da tuberculose nos presídios: atuação das equipes de saúde na região (DRS VI) de Bauru/SP. 2013. 123 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu - SP, 2013. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106048/vittijunior_w_dr_botfm.pdf;jsessionid=5657F2EEA854BF62C9602EE23F0E8E63?sequence=1. Acesso em: 08 fev. 2021.