



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

JOÃO PEREIRA DE LIMA NETO

**TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO FEMININA BRASILEIRA PRIVADA DE
LIBERDADE**

FORTALEZA

2019

JOÃO PEREIRA DE LIMA NETO

TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO FEMININA BRASILEIRA PRIVADA DE
LIBERDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia. Linha de pesquisa: Epidemiologia das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Orientadora: Profa. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr
Coorientador: Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- N385t Neto, João Pereira de Lima.
TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO FEMININA BRASILEIRA PRIVADA DE LIBERDADE : estudo
descritivo / João Pereira de Lima Neto. – 2019.
65 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profª. Dra. . Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.
Coorientação: Prof. Dr. Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior.
1. tuberculose. 2. presidio feminino. 3. população vulnerável. 4. saúde da mulher. 5. Brasil. I. Título.
CDD 610
-

JOÃO PEREIRA DE LIMA NETO

TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO FEMININA BRASILEIRA PRIVADA DE
LIBERDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia. Linha de pesquisa: Epidemiologia das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Aprovada em: 26/11/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior (Coorientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Raimunda Hermelinda Maia Macena
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dra. Caroline Soares Nobre
Instituto de Saúde Coletiva da Bahia (UFBA)

A Deus

Aos meus pais, Luiz Pereira e Janete Bezerra.

AGRADECIMENTOS

A Deus e à espiritualidade por ter me dado saúde e força para superar as mais uma etapa.

Aos meus pais, em especial minha mãe, que sempre acreditou em meus sonhos e sonhou junto comigo.

A meus irmãos (as), e a meu amor, pelo carinho, incentivo e apoio incondicional.

A esta universidade, seu corpo docente, a direção e administração que oportunizaram estar aqui hoje e neste momento tão importante.

A minha orientadora Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Ao meu coorientador Dr. Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior, por toda dedicação, suporte e zelo com que me motivou até aqui.

A minha banca examinadora por aceitar meu convite e se disponibilizar para este momento.

Gratidão à Dra Rosa Maria Salani Mota, que com muita atenção e carinho me ajudou no início deste projeto.

A todos os órgãos e instituições penais, trabalhadores e trabalhadoras do sistema prisional, que embora mal remunerados e com carga horária exaustiva, se dedicam dia e noite para levar cuidado humanizado aos internos e internas do sistema penal brasileiro.

A todos as internas e internos do sistema prisional que sonham pela liberdade, para que eles tenham coragem para mudar e retornar à sociedade mostrando para todos que vale à pena acreditar no ser humano e em sua mudança.

Aos amigos e amigas que caminharam comigo na construção deste sonho e desta realidade, em especial, Eliana (amorzinho), Luciana (obra prima do Senhor), Ana Cristina (amorzinho) e a Dra. Francisca Sônia de Andrade Braga Farias (minha mãe espiritual).

Ao núcleo de Atenção Primária (NUAP), à Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde (COPAS) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, por me apoiar nestes momentos finais e tão importantes.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, a minha eterna gratidão.

RESUMO

Estima-se que 10 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose (TB) e que a doença tenha causado 1,3 milhão de mortes no mundo, em 2017, estando entre as 10 principais causas de morte no planeta. No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 72.788 casos novos de TB, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil habitantes. 714.000 mulheres são mantidas em instituições penais. Isso reflete o aumento nos níveis da população prisional feminina se comparada com os níveis da população prisional desde o ano 2000, com o número de mulheres na prisão aumentando em mais de 50%. De acordo com INFOPEN mulheres de 2016, a população prisional feminina brasileira atingiu a marca de 42 mil mulheres privadas de liberdade e um aumento de 656% em relação ao total registrado no ano 2000. O Brasil se encontra na quarta posição no Ranking de nações com maior população carcerária feminina em todo o mundo. Nosso objetivo foi analisar características epidemiológicas do cenário da tuberculose nos presídios femininos brasileiros. Trata-se de um estudo descritivo analítico com dados secundários de mulheres com 18 anos ou idade superior notificadas com tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2013 a 2015. Observou-se que 32% (95%IC: 29.5 - 34.5) da população prisional está na faixa etária menor que 30 anos, sua maior proporção é negra 16,2% (95%IC: 14.2 - 18.3), baixo nível de escolaridade 32,7% (95% IC: 29.8 - 35.7), maior proporção de abandono de tratamento 9,4% (95%IC: 8.0 - 11.1), a forma mais comum é pulmonar 86,9% (95%IC: 85.0 - 88.6), o tratamento diretamente observado (TDO) é mais frequente nas presas, 58,5% (95% IC: 55.6 – 61.3), maior prevalência de aids 7,2% (95%IC: 15.2 - 19.6). As mulheres presas ao contrário do que se pensava, quando se trata do atendimento no nível da atenção primária, dentro do presídio, estão mais bem assistidas. No que se refere aos serviços de assistência de maior complexidade, que precise sair na unidade prisional, as presas têm mais dificuldades em relação às mulheres não presas.

Palavras-chave: tuberculose; prisão feminina; população vulnerável; saúde mulher; Brasil.

ABSTRACT

An estimated 10 million people fell ill with tuberculosis (TB) and that the disease caused 1.3 million deaths worldwide in 2017, among the top 10 causes of death on the planet. In Brazil, in 2018, 72,788 new cases of TB were diagnosed, which corresponds to an incidence coefficient of 34.8 cases/100,000 inhabitants. 714,000 women are held in criminal institutions. This reflects the increase in the levels of the female prison population compared to the levels of the prison population since 2000, with the number of women in prison increasing by more than 50%. According to INFOPEN women of 2016, the Brazilian female prison population reached the mark of 42,000 women deprived of liberty and an increase of 656% compared to the total recorded in 2000. Brazil is ranked fourth in the Ranking of nations with the largest female prison population in the world. This article aims to analyze epidemiological characteristics of the tuberculosis scenario in Brazilian female prisons. This is a descriptive analytical study with secondary data of women aged 18 years or older age reported with tuberculosis in the Notification Diseases Information System (SINAN) between 2013 and 2015. It was observed that 32% (95%CI: 29.5 - 34.5) of the prison population is in the age group under 30 years, its highest proportion is black 16.2% (95%CI: 14.2 - 18.3), low level of education 32.7% (95% CI: 29.8 - 35.7), higher proportion of treatment abandonment 9.4% (95%CI: 8.0 - 11.1), the most common form is pulmonary 86.9% (95%CI: 85.0 - 88.6), directly observed treatment (DOT) is more frequent in prey, 58.5% (95% CI: 55.6 - 61.3), higher prevalence of AIDS 7.2% (95%CI: 15.2 - 19.6). Women arrested as opposed to what was thought, when it comes to primary care care, within the prison, are better assisted. With regard to the most complex assistance services, which need to leave in the prison unit, inmates have more difficulties in relation to women not arrested.

Keywords: tuberculosis; women's prison; vulnerable population; women's health; Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COPAS	Coordenadoria de Políticas em Saúde
IC	Intervalo de Confiança
INFOPEN	Informações Penitenciárias
MESP	Ministérios Extraordinários da Segurança Pública
NUAP	Núcleo de Atenção Primária à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPL	População Privada de Liberdade
SAP	Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Ceará
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular da tuberculose
TB MDR	TB multirresistente
TB RR	TB resistente à rifampicina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Tuberculose no Mundo e no Brasil.....	10
1.2	População prisional feminina no Mundo.....	12
1.3	População Prisional Feminina no Brasil.....	13
1.4	Tuberculose e prisão.....	14
1.5	Atenção à saúde da população prisional no Brasil.....	16
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3	MÉTODOS.....	21
3.1	Tipo de estudo.....	21
3.2	População.....	21
3.3	Coleta de dados.....	21
3.4	Variáveis.....	22
3.5	Análise Estatística.....	22
3.6	Aspectos Éticos.....	23
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5	CONCLUSÃO.....	40
	ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN.....	47
	ANEXO B – FICHA DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	48
	ANEXO C - FICHA DA PESQUISA.....	50
	ANEXO D - DICIONÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE.....	56

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tuberculose no Mundo e no Brasil

A tuberculose (TB) é um processo infeccioso causado pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) e apresenta elevados coeficientes de morbimortalidade em todo o mundo. A transmissão do Mtb se dá por via aérea, de uma pessoa com TB pulmonar ou laríngea, que elimina bacilos no ambiente (caso fonte), a outra pessoa, por exalação de aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro. O termo “bacilífero” refere-se a pessoas com TB pulmonar ou laríngea que tem baciloscopia positiva no escarro. Esses casos têm maior capacidade de transmissão, entretanto pessoas com outros exames bacteriológicos como cultura e/ou Teste Rápido Molecular da tuberculose (TRM-TB) positivos também podem transmitir. A TB também acomete, prioritariamente, o pulmão que é a porta de entrada da maioria dos casos. Estudos mostram que a probabilidade de uma pessoa ser infectada depende de fatores exógenos. Entre eles, pode-se citar a infectividade do caso-fonte, a duração do contato e o tipo de ambiente compartilhado (BRASIL, 2018a).

De acordo com o manual para o controle da tuberculose do Ministério da Saúde, os pacientes com exame bacteriológico de escarro positivo sustentam a cadeia de transmissão da doença. Estima-se que uma pessoa com baciloscopia positiva infecte de 10 a 15 pessoas em média, em uma comunidade, durante um ano. Entre pessoas que têm contatos duradouros com pacientes com TB pulmonar, aqueles com BAAR positivo no escarro são os que mais transmitem a doença. Em geral, eles têm a forma TB pulmonar cavitária ou, mais raramente, a TB laríngea (BRASIL, 2018a). Pacientes com baciloscopia de escarro negativa, mesmo com (TRM-TB) ou cultura positivos no escarro, têm infectividade menor. Pessoas com cultura de escarro negativa e aquelas com TB extrapulmonar, exclusivamente, são desprovidas de infectividade. Já os pacientes com TB pulmonar e infecção pelo HIV, na dependência de maior comprometimento da imunidade, podem ter menos frequentemente acometimento pulmonar e apresentação cavitária da doença e, assim, também menor infectividade (BRASIL, 2018b).

Estudos apontam que o risco de transmissão da TB perdura enquanto o paciente eliminar bacilos no escarro. Com o início do tratamento, a transmissão tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias, ela encontra-se muito reduzida. A importância de realizar baciloscopia de escarro de controle reside não somente na confirmação da eficácia do esquema terapêutico, mas também na avaliação de risco para os contatos. As medidas de

controle da infecção pelo Mtb devem ser mantidas até que seja confirmada a negatificação ou bacilos não viáveis à baciloscopia do caso fonte. O bacilo é sensível à luz solar, e a circulação de ar possibilita a dispersão de partículas infectantes. Com isso, ambientes ventilados e com luz natural direta diminuem o risco de transmissão (BRASIL, 2018b). A ocorrência e a transmissão da TB associam-se às condições de vida da população, apresentando maior prevalência em locais de alta densidade demográfica, precárias infraestruturas de saneamento e moradia, insegurança alimentar, abuso de drogas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (MACEDO et al., 2017).

Estima-se que 10 milhões de pessoas adoeceram por TB e que a doença tenha causado 1,3 milhão de mortes no mundo, em 2017, o que mantém a TB entre as 10 principais causas de morte no planeta (BRASIL, 2017a). Estudos revelam que em 2017, 23% das mortes por TB ocorreram entre pessoas soropositivas (PHILLIPS, 2015). Estima-se que em 2015 cerca de 10,4 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose (TB), 580 mil na forma de TB multirresistente (TB MDR) ou TB resistente à rifampicina (TB RR), e 1,4 milhão morreram da doença. No entanto, foram reportados nesse mesmo ano cerca de 6,1 milhões de casos novos de TB. A subnotificação diminuiu entre os anos de 2013 a 2015, principalmente devido ao aumento de 34% das notificações da Índia. Contudo, globalmente ainda persistem 4,3 milhões de casos subnotificados. Índia, Indonésia e Nigéria são os principais responsáveis pela subnotificação e, ao lado da China, Paquistão e África do Sul, foram responsáveis por 60,0% dos novos casos de tuberculose no mundo (WHO, 2017).

No Brasil, assim como em outros países que possuem condições de vida semelhantes, alguns grupos populacionais têm maior vulnerabilidade para a TB, apresentando um risco relativo de 56 vezes maior para as pessoas vivendo em situação de rua, 28 vezes mais para pessoas vivendo com HIV, 28 vezes mais para pessoas privadas de liberdade e 3 vezes mais para população indígena (BRASIL, 2018a). De acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB e a 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para coinfeção TB-HIV (OMS, 2018a). Foram registrados 72.788 casos novos de TB no Brasil em 2018. Embora o coeficiente de incidência tenha apresentado queda média anual de 1,0% entre 2009 e 2018, e entre os anos de 2017 e 2018 este indicador apresentou aumento em comparação ao período de 2014 a 2016 (BRASIL, 2019a).

Segundo a OMS, o percentual de detecção da tuberculose no país foi de 87% em 2015 (OMS, 2018b). Nos últimos 10 anos, foram diagnosticados, em média, 71 mil casos novos da doença. Em 2017, o número de casos notificados foi de 72.770 e os coeficientes de incidência

variaram de 10,0 a 74,7 casos por 100 mil habitantes entre as Unidades Federadas. Em 2016, foram notificados 4.483 óbitos por TB, o que corresponde ao coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes. O percentual de sucesso de tratamento para os casos novos com confirmação laboratorial foi de 74,6%, em 2016, com 10,8% de abandono de tratamento, e 4,1% dos registros com informação ignorada quanto ao desfecho. Dos casos de TB notificados em 2017, 77,8% foram testados para HIV, apresentando 9,5% de coinfeção (OMS, 2017).

1.2 População prisional feminina no Mundo

Mais de 714.000 mulheres são mantidas em instituições penais em todo o mundo. Isso reflete no aumento nos níveis da população prisional feminina se comparada com os níveis da população prisional desde o ano 2000, com o número de mulheres na prisão aumentando em mais de 50% enquanto a população masculina aumentou cerca de 20%. Estudos revelam que os países com as maiores proporções de mulheres presas são Hong Kong-China (21%), Laos (18%), Macau-China (15%), Catar (15%), Kuwait (14%), Tailândia (13%) Mianmar (12%), Emirados Árabes Unidos (12%) e Sudão do Sul (11%) (WALMSLEY, 2018).

A proporção de mulheres presas em geral é de 2% a 10% do sistema penitenciário. Uma consequência dessa proporção tão pequena é que as estruturas físicas, do sistema penal tendem a ser organizadas com base nas necessidades e exigências dos presos do sexo masculino. Isso se aplica à arquitetura, segurança e todas as outras instalações (COYLE; FAIR, 2018).

Estudos revelam que mais de 200.000 mulheres encarceradas estão nos EUA (cerca de 211.870) e mais de 100.000 na China (107.131 mais um número desconhecido em pré-julgamento e "detenção administrativa"). Os próximos totais mais altos estão na Federação Russa (48.478), Brasil (cerca de 44.700), Tailândia (41.119), Índia (17.834), Filipinas (12.658), Vietnã (11.644), Indonésia (11.465), México (10.832), Mianmar (9.807) e Turquia (9.708) (COYLE, 2018). De acordo com a *World Female Imprisonment List*, nos dois anos anteriores a esta lista, o número de mulheres presas no Brasil, Indonésia, Filipinas e Turquia aumentou bastante; por outro lado, caíram substancialmente no México, Federação Russa, Tailândia e Vietnã. Mulheres compõem 7% da população carcerária global. Nos países africanos, a proporção de mulheres na população carcerária total, de 3%, é muito menor do que em outros lugares. Nas Américas, mulheres representam 8% da população prisional total (6% se os dados dos EUA não forem incluídos), na Ásia 7%, na Europa 6% (5% excluindo a

Rússia) e na Oceania 7%. Os países com as maiores proporções de mulheres presas são Hong Kong-China (21%), Laos (18%), Macau-China (15%), Catar (15%), Kuwait (14%), Tailândia (13%), Mianmar (12%), Emirados Árabes Unidos (12%) e Sudão do Sul (11%) (COYLE, 2018).

1.3 População Prisional Feminina no Brasil

No Brasil, de acordo com art. 228 da Constituição Federal, são penalmente inimputáveis os menores de 18 anos. Assim, caso consideremos para o cálculo da taxa de aprisionamento de mulheres no país o recorte da população acima de 18 anos, teríamos uma taxa de 55,4 mulheres presas para cada grupo de 100 mil mulheres com mais de 18 anos no Brasil (BRASIL, 2018).

Estudo mostra que historicamente, o cárcere feminino brasileiro se vincula ao discurso moral e religioso e é esta visão que norteia a criação de estabelecimentos prisionais que iriam de fato “reformatar” essas mulheres, uma vez em que a criminalização estava totalmente vinculada à embriaguez, vadiagem e a prostituição. Ligadas à ideia das mulheres conhecidas como criminosas para um local específico para que ocorresse a “purificação”, demonstrando uma total discriminação de gênero causada, essencialmente, pela construção sólida do papel da mulher como sexo frágil, dócil e delicado (CIENT et al., 2019).

A separação por gênero dos estabelecimentos destinados ao cumprimento de penas privativas de liberdade está prevista na Lei de Execução Penal e foi incorporada à Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional como forma de visibilizar a situação de encarceramento de mulheres e posteriormente adaptados para custódia de mulheres e são, assim, incapazes de observar as especificidades de espaços e serviços destinados às mulheres (que envolvem, mas não se limitam a, atividades que viabilizam o aleitamento no ambiente prisional, espaços para os filhos das mulheres privadas de liberdade, espaços para custódia de mulheres gestantes, equipes multidisciplinares de atenção à saúde da mulher, entre outras especificidades) (BRASIL, 2017b). A mulher em situação de prisão tem demandas, necessidades e peculiaridades que são específicas, o que não raro é agravado por histórico de violência familiar, maternidade, nacionalidade, perda financeira, uso de drogas, entre outros fatores (BRASIL, 2014). Estudo aponta que as mulheres submetidas ao cárcere são negras, jovens, têm filhos, solteiras, são as responsáveis pela provisão do sustento familiar, possuem baixa escolaridade, são oriundas de extratos sociais desfavorecidos economicamente e exerciam

atividades de trabalho informal em período anterior ao aprisionamento. Revela ainda que 68% dessas mulheres possuem vinculação penal por envolvimento com o tráfico de drogas não relacionado às maiores redes de organizações criminosas (BRASIL, 2017b).

Quando comparado entre diferentes países, o Brasil apresenta a quarta maior população carcerária feminina do mundo, atrás de Estados Unidos (205.400 detentas), China (103.766) Rússia (53.304) e (BRASIL, 2017). No Brasil, aproximadamente 42 mil mulheres vivem hoje atrás das grades, e esse número não para de crescer (BRASIL, 2017b). Observa-se um crescimento acelerado do encarceramento feminino que vem tirando da invisibilidade as questões colocadas pela prisão de mulheres (DIUANA; CORRÊA; VENTURA, 2017).

Pesquisas mostram que a população carcerária feminina brasileira cresceu 700% em 16 anos, enquanto a média de crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220%, refletindo, assim, a curva ascendente do encarceramento em massa de mulheres (BRASIL, 2017b). Estudos recentes mostram que taxa de ocupação no sistema prisional brasileiro, em relação às mulheres, é de 156,7%, de acordo com informe penitenciário nacional de mulheres (INFOPEN mulheres) segundo registro de Junho de 2016, o que significa dizer que em um espaço destinado a 10 mulheres, encontram-se custodiadas 16 mulheres no sistema prisional (BRASIL, 2018). De modo geral, as unidades mistas são aquelas que apresentam a maior taxa de ocupação global, com 25 pessoas custodiadas em um espaço destinado a receber 10 pessoas. Se considerarmos o déficit total de vagas no País, que chega a 368 mil vagas, observamos que as unidades masculinas respondem por 80% deste déficit, enquanto as unidades femininas somam apenas 2% do déficit total no sistema prisional (BRASIL, 2018).

1.4 Tuberculose e prisão

Embora escassos, os dados disponíveis confirmam a gravidade da situação da tuberculose nas prisões (SÁNCHEZ *et al.*, 2007). Dados revelam que existe uma grande falha no que se refere à provisão de cuidados de saúde condizentes com as necessidades biológicas e sociais das mulheres. Estas discrepâncias revelam claramente que os sistemas prisionais não foram concebidos considerando a presença de mulheres, acarretando, conseqüentemente, uma inequidade de gênero e um forte processo de vulnerabilidade a diversas doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2017b).

A tuberculose nas prisões constitui um sério problema de saúde nos países de alta e média endemicidade, com relativa frequência de formas resistentes e multirresistentes. O risco de adoecer por TB é partilhado entre população privada de liberdade (PPL), guardas,

profissionais de saúde, visitantes e entre todas as pessoas que frequentam as prisões. A mobilidade do preso dentro do sistema aumenta esse risco, uma vez que o preso circula entre diferentes instituições do sistema judiciário, centros de saúde e comunidade geral, durante e após o cumprimento da sua sentença (SANCHEZ; LAROUZE, 2016).

O ambiente prisional proporciona predisposição de diversas doenças, como é o caso da tuberculose, cujo risco de adoecimento aumenta em 28 vezes no interior das prisões (DA SILVA *et al.*, 2019). O risco de desenvolver (TB) durante o encarceramento é considerável 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. Além disso, as taxas mais altas de TB foram relatadas na prisão quando comparadas à população em Geral (KHAN *et al.*, 2019).

A prisão representa um cenário importante para o controle da tuberculose. Diversos fatores tornam as prisões ambientes propícios à proliferação desta infecção, como a superlotação, insalubridade, má alimentação dos presos e precária atenção à saúde (BRASIL, 2018a). Estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que 84% dos doentes adquiriram a TB na prisão. Esses dados sugerem que a TB entre os presos está predominantemente relacionada à transmissão intrainstitucional massiva ligada às precárias condições de encarceramento na maioria das prisões brasileiras com número expressivo de casos de TB vivendo em celas mal ventiladas e com pouca iluminação solar (BRASIL, 2018b)

A população prisional é composta, na sua maioria, por indivíduos com baixa condição social e econômica, residentes em áreas onde a tuberculose é endêmica. Há, então, uma alta vulnerabilidade expressa em maior probabilidade de os presos já adentrarem ao sistema prisional com infecção pelo bacilo da tuberculose, sendo a evolução para a doença ativa marcadamente influenciada pelo tempo de aprisionamento (CLARO; CLARO; ZYLBERSZTAJN, 2005). Além dos fatores ambientais, aspectos comportamentais, onipresentes na população carcerária, contribuem para um maior risco de infecção pelo bacilo. A maioria dos presos tem um histórico de má nutrição e de uso de álcool, tabaco e outras drogas. Uma vez na prisão, estas pessoas continuam a adotar comportamentos de risco, como uso de drogas e sexo sem proteção (ambos os fatores contribuem para a infecção pelo HIV). Tais aspectos, reconhecidamente encontram-se associados com Infecção Latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB) (VALENÇA *et al.*, 2016).

Todas as condições estão reunidas, na maioria das prisões brasileiras, para perpetuar a disseminação massiva de uma infecção de transmissão respiratória como a TB: o confinamento de grande número de casos, frequentemente 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 (LAROUZÉ *et al.*, 2015b).

O Controle da TB nas prisões segue as recomendações gerais nacionais. É importante que as equipes de saúde tenham autonomia para definição das atividades e dos cuidados necessários para as PPL e preservem o necessário sigilo quanto ao diagnóstico e o respeito aos preceitos éticos das práticas profissionais de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a). Diante desse contexto, estudos sugerem que no ambiente superpopuloso e confinado das prisões, é de crucial importância identificar e tratar, o mais precocemente possível, os casos de TB. No manual para controle da tuberculose, recomenda-se, nesse contexto: realizar busca passiva – a partir da demanda espontânea (PPL procura o serviço de saúde), a equipe de saúde investiga a TB; busca ativa de sintomático respiratório – deve ser realizada no momento do ingresso, entre os contatos e rastreamento de massa (“campanha”) idealmente duas vezes ao ano (BRASIL, 2018a)

O tratamento de TB nas PPL deve ser Diretamente Observado (TDO) e realizado exclusivamente por profissionais de saúde, para que seja possível: fortalecer o vínculo entre a PPL e o serviço/profissionais de saúde; garantir um acesso rápido ao serviço de saúde em caso de ocorrência de efeitos adversos decorrentes do tratamento, assim reduzindo a possibilidade de uso irregular; favorecer o reconhecimento do preso como alguém que está doente, cujo cuidado é responsabilidade dele e dos profissionais de saúde; evitar que a medicação seja usada como elemento de troca e de pressão; e possibilitar momentos de troca de informações, estabelecimento do cuidado, diferenciando-se de medidas de controle e fiscalização que prevalecem nas prisões (BRASIL, 2018a).

1.5 Atenção à saúde da população prisional no Brasil

No Brasil, atenção à saúde é direito constitucional garantido segundo o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 – “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal: Art. 3º - IV estabelece que o estado deve promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, incluindo-se, portanto, as pessoas privadas de liberdade. Art. 5º - III indica que

ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante e ainda, no inciso X afirma que são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação, sendo assegurado aos presos pelo inciso XLIX o respeito à integridade física e moral. Art. 5º - L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação; Art. 5º - XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado (BRASIL. et al., 2014)

A saúde da população privada de liberdade (PPL) é um direito estabelecido em leis internacionais e nacionais (ONU, 1988, BRASIL, 1984) que definem a responsabilidade do Estado sobre esse assunto. A garantia do acesso das PPL às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS constitui uma responsabilidade partilhada pelos Ministérios Extraordinário da Segurança Pública (MESP) e da Saúde e sua concretização implica a efetiva parceria entre as secretarias de justiça / administração penitenciária e de saúde, nos níveis estadual e municipal, de acordo com o que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal) (BRASIL. et al., 2014).

No que se refere à saúde da mulher presa, a Lei de Execução Penal n. 7.210, de 11 de julho de 1984 (LEP), em seu CAP. II Seção III, ART. 14 do direito à assistência à saúde com caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

§ 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

§ 3º Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido. Texto incluído pela Lei nº 11.942/2009 (BRASIL, 1984).

Na LEP, em seu art. 10 dispõe [2]: art. 10. A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Parágrafo único. A assistência estende-se ao egresso.

Para que tal objetivo seja alcançado, é necessária a aplicação de meios preventivos e curativos, assegurando o acesso dos presos às ações de saúde, educação, profissionalização e trabalho. Por sua vez, a Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP) visa garantir a inclusão das pessoas recolhidas em estabelecimentos prisionais nas ações de promoção e atenção à saúde preconizada pelo SUS (BRASIL. et al., 2014).

1.1 PROBLEMA

Haja vista o aumento da população carcerária feminina, há o desconhecimento das características epidemiológicas dos casos de tuberculose entre mulheres presas notificadas no Brasil.

1.2 PERGUNTA

Quais as características epidemiológicas dos casos de tuberculose entre mulheres presas e não presas notificadas no Brasil entre os anos de 2013 a 2015?

1.3 HIPÓTESE

O perfil comparativo epidemiológico entre mulheres presas e não presas com tuberculose é distinto, acreditasse, que as mulheres não presas, tem mais acesso aos serviços de saúde devido a sua situação de liberdade.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Existem poucos estudos de abrangência nacional avaliando as condições de saúde da população penitenciária feminina. Consequentemente, há um desconhecimento sobre os fatores inerentes a prisão associada ao adoecimento desta população. A escassez de dados nacionais oficiais impede o planejamento e a execução de políticas públicas e ações voltadas para estas populações, dificultando a execução de políticas públicas efetivas.

Este estudo, contribuirá como subsídio na tomada de decisão da gestão, voltando sua atenção para a qualidade da assistência prestada na saúde prisional, bem como, elencando o perfil epidemiológico desta população, o que facilitará possíveis intervenções.

Ele auxiliará na análise das características sociais e clínicas das mulheres com tuberculose vivendo no sistema prisional e poderá contribuir na redução de custos futuros e na qualidade de vida da população privada de liberdade. Além disso, servirá como fonte de pesquisas aos profissionais que atuam direta e indiretamente nessa realidade reforçando a importância de atuar junto a esta população.

Este trabalho surge a partir da vivência diária nos presídios, do interesse pelo tema e por acreditar em sua relevância. Como Referência Técnica da Saúde Prisional, no Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NUAP), da Coordenadoria de Políticas em Saúde (COPAS) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), e por já ter atuado como coordenador da tuberculose na Secretaria de Administração Penitenciária (SAP).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as características epidemiológicas dos casos de tuberculose entre mulheres presas e não presas notificadas no Brasil entre os anos de 2013 a 2015.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar as características socioeconômicas e demográficas dos casos de TB notificados entre as mulheres presas e não presas no Brasil no período de estudo;
- Caracterizar o perfil clínico da TB entre mulheres presas e não presas no Brasil no período de estudo.
- Identificar as comorbidades existentes na TB entre as mulheres presas e não presas no Brasil no período do estudo.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo analítico de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) Nacional de mulheres notificadas com tuberculose entre os anos de 2013 a 2015.

3.2 População

A população do estudo foi composta por mulheres presas e não presas com idade igual ou superior a 18 anos de idade, notificadas com tuberculose no SINAN no período de 2013 a 2015 no Brasil.

3.3 Coleta de dados

Preliminarmente foi realizada solicitação da Base Nacional do (SINAN) das notificações de mulheres dos anos de 2013 a 2015, à Coordenação Nacional do Programa de Tuberculose por meio de ofício. Nos foi solicitado assinatura do Termo de Responsabilidade diante do acesso das bases nominais de sistema de informação, gerenciados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e pela Coordenação Nacional de Controle da Tuberculose. Após lido e assinado, foi encaminhado o termo de responsabilidade à SVS do Ministério da Saúde. Em seguida nos foi encaminhada a Base Nacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação nominal feminino dos anos de 2013 a 2015.

Foi realizado levantamento do banco de dados recebidos por meio de análise do mesmo para conhecimento das diversas variáveis existentes e posteriormente seleção delas. Em seguida, foi realizado um pareamento de todas as fichas de notificação duplicadas para exclusão das mesmas, levando em consideração critérios que facilitaram na seleção das fichas para compor o estudo. As bases populacionais utilizadas para cálculos foram coletadas em censos e projeções demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao período do estudo.

3.4 Variáveis

As variáveis estudadas da Ficha de Vigilância Epidemiológica foram classificadas em três blocos:

1) Perfil socioeconômico demográfico: Ano (2013, 2014, 2015); faixa etária (<30, 30-49, >50); raça (branca, preta, amarela, parda, indígena); escolaridade (até 4ª série do EF, 5ª-8ª série do EF, EF completo + EM incompleto, EM completo + Superior incompleto, Superior completo); se estava gestante; se recebe bolsa família;

2) Perfil Clínico de TB: Tipo de Entrada (caso novo, recidiva, abandono, transferência, pós-óbito); forma clínica da TB (pulmonar, extrapulmonar, pulmonar + extrapulmonar); realizou baciloscopia (Sim ou Não); resultado da baciloscopia (negativo, positivo); realizou radiografia de tórax (Sim ou Não); resultado da radiografia de tórax (suspeito, normal, outra patologia); realizou cultura de escarro (Sim ou Não); resultado da cultura de escarro (Negativo, Positivo); realizou histopatológico (Sim ou Não); resultado da histopatologia (BAA+, sugestivo de TB, não sugestivo de TB); número de baciloscopias de controle realizadas (0,1,2,3,4,5,6); tratamento diretamente observado (Sim ou Não); situação de encerramento (cura, abandono, óbito por TB, óbito por outra causa, transferência, TB-DR, mudança de esquema, falência, abandono primário);

3) Comorbidades e Fatores Associados: realizou teste para HIV (Sim ou Não); resultado teste para HIV (negativo, positivo); aids (Sim ou Não); diabetes (Sim ou Não); doença mental (Sim ou Não); uso de álcool (Sim ou Não); uso de drogas ilícitas (Sim ou Não); uso de tabaco (Sim ou Não).

3.5 Análise Estatística

Os dados foram recebidos no formato de um banco no software Excel e posteriormente analisados estatisticamente no software STATA® v.15. Foram realizadas análises univariadas e bivariadas e respectivos cálculos de intervalo de confiança (IC) no nível de 95% (IC95%) usando a distribuição de Poisson. A comparação foi realizada de regressão logística com cálculo de Odds ratio e IC95%. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

3.6 Aspectos Éticos

Para a realização desta pesquisa, obedecer-se-á à Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), que regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa em seres humanos, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Sob o parecer consubstanciado no CEP nº 2.338.548.

Foi encaminhado um termo de responsabilidade da cessão das bases de dados nominais de sistemas de informação gerenciados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde onde assumimos as seguintes responsabilidades perante o termo:

- a) Responsabilidade pela guarda e uso das bases de dados do (SINAN), assumimos as seguintes responsabilidades;
- b) Utilizar esta base de dados única e exclusivamente para as finalidades descritas ao final deste documento;
- c) Guardar sigilo e zelar privacidade dos indivíduos relacionados/listados nessa base de dados;
- d) Não disponibilizar, emprestar ou permitir a pessoas ou instituições não autorizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde o acesso à estas bases de dados;
- e) Não divulgar, por qualquer meio de comunicação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem assim a confidencialidade dos dados contidos nesta base de dados;
- f) Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade destas bases de dados;
- g) Não utilizar isoladamente as informações contidas nesta base de dados para tomar decisões sobre a identidade de pessoas falecidas/nascidas, para fins de suspensão de benefícios ou outros tipos de atos punitivos, sem a devida certificação desta identidade em outras fontes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta dissertação é apresentada no formato do artigo abaixo submetido à revista Saúde em debate.

TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO FEMININA BRASILEIRA PRIVADA DE LIBERDADE

TUBERCULOSIS AMONG BRAZILIAN FEMALE PRISON POPULATION

Joao Pereira de Lima Neto¹
Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior¹
Roberto da Justo Pires Neto¹
Eliana Rodrigues Freitas Nogueira¹
Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr¹

¹Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

RESUMO

A tuberculose é uma doença com elevada prevalência da população privada de liberdade. A superlotação, insalubridade, má alimentação dos presos e precária atenção à saúde são fatores que tornam as prisões ambientes propícios à proliferação da tuberculose. Este artigo tem como objetivo comparar o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres presas e da população geral notificadas com tuberculose. Trata-se de um estudo de dados secundários de mulheres ≥ 18 anos notificadas com tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre os anos de 2013 a 2015. Observou-se que 32% (95%IC: 29.5 - 34.5) da população prisional está na faixa etária menor que 30 anos, sua maior proporção é negra 16,2% (95%IC: 14.2 - 18.3), 32,7% com baixo nível de escolaridade (95% IC: 29.8 - 35.7), 9,4% com proporção de abandono de tratamento (95%IC: 8.0 - 11.1), a forma mais comum é pulmonar 86,9% (95%IC: 85.0 - 88.6), o tratamento diretamente observado é mais frequente nas presas, 58,5% (95% IC: 55.6 – 61.3), maior prevalência de aids 7,2% (95%IC: 15.2 - 19.6). Identificou-se que mulheres presas têm realizado mais procedimentos relacionados aos cuidados básicos em saúde do que mulheres da população geral. No que se refere aos serviços de assistência de maior complexidade, que precise sair na unidade prisional, as presas têm mais dificuldades de acessibilidade em relação às mulheres não presas.

Palavras-chave: tuberculose; prisão feminina; população vulnerável; saúde mulher; Brasil.

ABSTRACT

Tuberculosis is a disease with a high prevalence of the private population of freedom. Overcrowding, unhealthy, poor feeding of prisoners and poor health care are factors that make prisons environments conducive to the proliferation of tuberculosis. This article aims to compare the sociodemographic and clinical profile of trapped women and the general population reported with tuberculosis. This is a study of secondary data of women > 18 years reported with tuberculosis in the Notification Diseases Information System between 2013 and 2015. It was observed that 32% (95%CI: 29.5 - 34.5) of the prison population is in the age group under 30 years, its highest proportion is black 16.2% (95%CI: 14.2 - 18.3), 32.7% with

low level of education (95% CI: 29.8 - 35.7), 9.4% with treatment dropout ratio (95%I C: 8.0 - 11.1), the most common form is pulmonary 86.9% (95%CI: 85.0 - 88.6), the directly observed treatment is more frequent in prey, 58.5% (95% CI: 55.6 - 61.3), higher prevalence of AIDS 7.2% (95%CI: 15.2 - 19.6). It was identified that trapped women have performed more procedures related to primary care than women in the general population have. With regard to the most complex assistance services, which need to leave in the prison unit, inmates have, more accessibility difficulties compared to non-imprisoned women.

Keywords: tuberculosis; women's prison; vulnerable population; women's health; Brazil.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um processo infeccioso causado pelo *Mycobacterium tuberculosis* (*Mtb*) e apresenta elevados coeficientes de morbimortalidade em todo o mundo. (KHAN et al., 2019) Estima-se que uma pessoa com baciloscopia positiva infecte de 10 a 15 pessoas em média, em uma comunidade, durante um ano. Estima-se que 10 milhões de pessoas adoeceram por (TB) e que a doença tenha causado 1,3 milhão de mortes no mundo, em 2017, o que mantém a TB entre as 10 principais causas de morte no planeta (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b). Estudos revelam que em 2017, 23% das mortes por TB ocorreram entre pessoas soropositivas (PHILLIPS, 2015). De acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB e a 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para coinfeção TB-HIV (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018)

Mais de 714 mil mulheres são mantidas em instituições penais em todo o mundo. Isso reflete no aumento nos níveis da população prisional feminina se comparada com os níveis da população prisional desde o ano 2000, com o número de mulheres na prisão aumentando em mais de 50% enquanto a população masculina aumentou 20% (R. WALMSLEY, 2018). A proporção de mulheres presas em geral é de 2% a 10% do sistema penitenciário. Uma consequência dessa proporção tão pequena é que as estruturas físicas do sistema penal tendem a ser organizadas com base nas necessidades e exigências dos presos do sexo masculino. Isso se aplica à arquitetura, segurança e todas as outras instalações (COYLE, 2018).

No Brasil, de acordo com art. 228 da Constituição Federal, são penalmente inimputáveis os menores de 18 anos. A mulher em situação de prisão tem demandas, necessidades e peculiaridades que são específicas, o que não raro é agravado por histórico de violência familiar, maternidade, nacionalidade, perda financeira, uso de drogas, entre outros fatores (INFOPEN MULHERES, 2017). Estudo aponta que as mulheres submetidas ao cárcere são negras, jovens, têm filhos, solteiras, são as responsáveis pela provisão do sustento familiar, possuem baixa escolaridade, são oriundas de extratos sociais desfavorecidos

economicamente e exerciam atividades de trabalho informal em período anterior ao aprisionamento (INFOPEN MULHERES, 2017). Quando comparado entre diferentes países, o Brasil apresenta a quarta maior população carcerária feminina do mundo, atrás de Estados Unidos (205.400 detentas), China (103.766) Rússia (53.304) e (BRASIL, 2017). Observa-se um crescimento acelerado do encarceramento feminino que vem tirando da invisibilidade as questões colocadas pela prisão de mulheres (DIUANA; CORRÊA; VENTURA, 2017).

Embora escassos, os dados disponíveis confirmam a gravidade da situação da tuberculose nas prisões (DIUANA; CORRÊA; VENTURA, 2017). Dados revelam que existe uma grande falha no que se refere à provisão de cuidados de saúde condizentes com as necessidades biológicas e sociais das mulheres. Estas discrepâncias revelam claramente que os sistemas prisionais não foram concebidos considerando a presença de mulheres, acarretando, conseqüentemente, uma inequidade de gênero e um forte processo de vulnerabilidade a diversas doenças e agravos à saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a). O ambiente prisional proporciona predisposição de diversas doenças, como é o caso da tuberculose, cujo risco de adoecimento aumenta em 28 vezes no interior das prisões (SILVA et al., 2019). A prisão representa um cenário importante para o controle da tuberculose. Diversos fatores tornam as prisões ambientes propícios à proliferação desta infecção, como a superlotação, insalubridade, má alimentação dos presos e precária atenção à saúde (BRASIL, 2018). Estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que 84% dos doentes adquiriram a TB na prisão. Esses dados sugerem que a TB entre os presos está predominantemente relacionada à transmissão intrainstitucional massiva ligada às precárias condições de encarceramento na maioria das prisões brasileiras com número expressivo de casos de TB vivendo em celas mal ventiladas e com pouca iluminação solar (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

No Brasil, atenção à saúde é direito constitucional garantido segundo o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 – “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A saúde da PPL é direito estabelecida em leis internacionais e nacionais (ONU, 1988, BRASIL, 1984) que definem a responsabilidade do Estado sobre esse assunto. A garantia do acesso das PPL por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do SUS - tem por objetivo a garantia do acesso ao atendimento integral à saúde em nível de atenção básica às pessoas privadas de liberdade.

Este estudo, irá contribuir na tomada de decisão da gestão, voltando sua atenção para a qualidade da assistência prestada na saúde prisional, bem como, elencando o perfil epidemiológico desta população, o que facilitará possíveis intervenções.

Ele auxiliará na análise das características sociais e clínicas das mulheres com tuberculose vivendo no sistema prisional e poderá contribuir na redução de custos futuros e na qualidade de vida da população privada de liberdade. Além disso, servirá como fonte de pesquisas aos profissionais que atuam direta e indiretamente nessa realidade reforçando a importância de atuar junto a esta população.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar as características epidemiológicas dos casos de tuberculose entre mulheres presas e não presas notificadas no Brasil entre os anos de 2013 a 2015.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo analítico de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) Nacional de mulheres notificadas com tuberculose entre os anos de 2013 a 2015.

População

A população do estudo foi composta por mulheres presas e não presas com idade igual ou superior a 18 anos de idade, notificadas com tuberculose no SINAN no período de 2013 a 2015 no Brasil.

Coleta de dados

Preliminarmente foi realizada solicitação da Base Nacional do (SINAN) das notificações de mulheres dos anos de 2013 a 2015, à Coordenação Nacional do Programa de Tuberculose por meio de ofício. Nos foi solicitado assinatura do Termo de Responsabilidade diante do acesso das bases nominais de sistema de informação, gerenciados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e pela Coordenação Nacional de Controle da Tuberculose. Após lido e assinado, foi encaminhado o termo de responsabilidade à SVS do Ministério da Saúde. Em seguida nos foi encaminhada a Base Nacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação nominal feminino dos anos de 2013 a 2015.

Foi realizado levantamento do banco de dados recebidos por meio de análise do mesmo para conhecimento das diversas variáveis existentes e posteriormente seleção delas. Em seguida, foi realizado um pareamento de todas as fichas de notificação duplicadas para

exclusão das mesmas, levando em consideração critérios que facilitaram na seleção das fichas para compor o estudo. As bases populacionais utilizadas para cálculos foram coletadas em censos e projeções demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao período do estudo.

Variáveis

As variáveis estudadas da Ficha de Vigilância Epidemiológica foram classificadas em três blocos:

1) Perfil socioeconômico demográfico: Ano (2013, 2014, 2015); faixa etária (<30, 30-49, >50); raça (branca, preta, amarela, parda, indígena); escolaridade (até 4^a série do EF, 5^a-8^a série do EF, EF completo + EM incompleto, EM completo + Superior incompleto, Superior completo); se estava gestante; se recebe bolsa família;

2) Perfil Clínico de TB: Tipo de Entrada (caso novo, recidiva, abandono, transferência, pós-óbito); forma clínica da TB (pulmonar, extrapulmonar, pulmonar + extrapulmonar); realizou baciloscopia (Sim ou Não); resultado da baciloscopia (negativo, positivo); realizou radiografia de tórax (Sim ou Não); resultado da radiografia de tórax (suspeito, normal, outra patologia); realizou cultura de escarro (Sim ou Não); resultado da cultura de escarro (Negativo, Positivo); realizou histopatológico (Sim ou Não); resultado da histopatologia (BAA+, sugestivo de TB, não sugestivo de TB); número de baciloskopias de controle realizadas (0,1,2,3,4,5,6); tratamento diretamente observado (Sim ou Não); situação de encerramento (cura, abandono, óbito por TB, óbito por outra causa, transferência, TB-DR, mudança de esquema, falência, abandono primário);

3) Comorbidades e Fatores Associados: realizou teste para HIV (Sim ou Não); resultado teste para HIV (negativo, positivo); aids (Sim ou Não); diabetes (Sim ou Não); doença mental (Sim ou Não); uso de álcool (Sim ou Não); uso de drogas ilícitas (Sim ou Não); uso de tabaco (Sim ou Não).

Análise Estatística

Os dados foram recebidos no formato de um banco no software Excel e posteriormente analisados estatisticamente no software STATA@ v.15.

Foram realizadas análises univariadas e bivariadas e respectivos cálculos de intervalo de confiança no nível de 95% (IC95%) usando a distribuição de Poisson. A comparação entre os grupos (presas x população geral) foi realizada através do cálculo de *odds ratio* com respectivos 95%IC através de regressão logística. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Aspectos Éticos

Para a realização desta pesquisa, obedecer-se-á à Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), que regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa em seres humanos, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Sob o parecer consubstanciado no CEP nº 2.338.548.

Foi encaminhado um termo de responsabilidade da cessão das bases de dados nominais de sistemas de informação gerenciados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde onde assumimos as seguintes responsabilidades perante o termo:

- a) Responsabilidade pela guarda e uso das bases de dados do (SINAN), assumimos as seguintes responsabilidades;
- b) Utilizar esta base de dados única e exclusivamente para as finalidades descritas ao final deste documento;
- c) Guardar sigilo e zelar privacidade dos indivíduos relacionados/listados nessa base de dados;
- d) Não disponibilizar, emprestar ou permitir a pessoas ou instituições não autorizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde o acesso à estas bases de dados;
- e) Não divulgar, por qualquer meio de comunicação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem assim a confidencialidade dos dados contidos nesta base de dados;
- f) Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade destas bases de dados;
- g) Não utilizar isoladamente as informações contidas nesta base de dados para tomar decisões sobre a identidade de pessoas falecidas/nascidas, para fins de suspensão de benefícios ou outros tipos de atos punitivos, sem a devida certificação desta identidade em outras fontes.

RESULTADOS

Entre 2013 e 2015 foram notificados no SINAN 73.644 casos de tuberculose entre mulheres maiores de 18 anos no Brasil. Destes, 1.334 (1,8%) fichas eram de mulheres presas e 72.310 (98,2%) não presas.

Observou-se que 32% (95%IC: 29.5 - 34.5) das presas estão na faixa etária < 30 anos. Dentre as não presas, esse valor é de 28% (95%IC: 27.9 - 28.6). Quanto a raça, 16% (95%IC: 14.2 - 18.3) das mulheres presas eram negras em comparação com 13% (95% IC: 13.3 - 13.9)

de negras na população geral. A chance de uma mulher presa ser negra é quase 1.3 vezes (95% IC: 1.1-1.5, $p=0.006$) maior do que das mulheres não presas. Percebemos ainda, que 1.9% (95% IC: 1.2 – 2.8) das presas eram indígenas, contra 1.2 (95% IC: 1.1-1.3) das mulheres não presas. A mulher presa tem 1.6 vezes (95% IC: 1.0-2.5, $p=0.016$) maior de ser indígena do que as não presas. Além disso, 32% (95% IC: 29.8 - 35.7) das presas referiram ter cursado até a 4ª série do ensino fundamental, contra 28% (95% IC: 28.3 - 29.0) das não presas. As mulheres presas têm 2.0 vezes (95% IC: 1.4-2.9, $p < 0.001$) mais chances de cursarem até a quarta série quando comparadas às mulheres da população geral. 17% (95%IC: 13.8 – 22.6) das presas recebe bolsa família, em comparação a 11% (95%IC: 10.8 – 11.7) das não presas. A chance de uma mulher presa receber bolsa família é 1.7 vezes mais (95% IC: 1.2-2.3, $p=0.001$) maior do que das mulheres não presas. (tabela 1).

Tabela 1 - Características do perfil sociodemográfico das mulheres presas e não presas, que constam no SINAN, de 2013 a 2015.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	POPULAÇÃO PRISIONAL						OR (95%IC)	P
	NÃO			SIM				
	N	%	95%IC	N	%	95%IC		
Ano (N=73644)								
2013	24334	33.6	33.3 - 34.0	495	33.7	33.6 - 39.7	1.000	-
2014	24253	33.5	33.2 - 33.9	515	38.6	36.0 - 41.2	1.043 (0.9-1.1)	0.500
2015	23723	32.8	32.5 - 33.1	324	24.3	22.0 - 26.7	0.671 (0.5-0.7)	<0.001
Faixa etária (N=74522)								
< 30anos	20708	28.3	27.9 - 28.6	433	32.0	29.5 - 34.5	1.000	-
30-49 anos	29605	40.5	40.1 - 40.8	616	45.5	42.8 - 48.1	1.002 (0.8-1.1)	0.963
>50anos	22855	31.2	30.9 - 31.5	305	22.5	20.4 - 24.8	0.636 (0.5-0.7)	<0.001
Raça (N=69184)								
Branca	24627	36.6	35.9 - 36.7	428	33.8	31.2 - 36.4	1.000	-
Preta	9252	13.6	13.3 - 13.9	205	16.2	14.2 - 18.3	1.269 (1.1-1.5)	0.006
Amarela	597	0.9	0.8 - 1.0	7	0.5	0.2 - 1.1	0.679 (0.3-1.4)	0.312
Parda	32604	48.0	47.6 - 48.4	602	47.6	44.8 - 50.3	1.057 (0.9-1.2)	0.391
Indígena	838	1.2	1.1 - 1.3	24	1.9	1.2 - 2.8	1.670 (1.0-2.5)	0.016
Escolaridade (N=55972)								
Até 4 séries do EF	15767	28.6	28.3 - 29.0	315	32.7	29.8 - 35.7	2.006 (1.4-2.9)	<0.001
5-8 série do EF	12.03	21.9	21.5 - 22.2	246	25.5	22.9 - 28.4	2.060 (1.4-2.9)	<0.001
EF completo + EM incompleto	12121	22.0	21.6 - 22.4	199	20.6	18.2 - 23.3	1.680 (1.1-2.4)	0.005
EM completo + Superior incompleto	11596	21.1	20.7 - 21.4	170	17.6	15.3 - 20.2	1.497 (1.0-2.1)	0.033
Superior completo	3494	6.3	6.1 - 6.6	34	3.5	2.5 - 4.9	1.000	-
Gestante (N=57462)								
Não	54293	97.8	97.7 - 97.9	988	97.4	96.3 - 98.2	1.000	-
Sim	1209	2.2	2.1 - 2.3	26	2.6	1.7 - 3.7	1.201 (0.8-1.7)	0.361
Recebe bolsa família (N=17683)								
Não	15438	88.8	88.3 - 89.2	240	82.2	77.4 - 86.2	1.000	-
Sim	1953	11.2	10.8 - 11.7	52	17.8	13.8 - 22.6	1.742 (1.2-2.3)	<0.001

E, relação às informações referentes ao perfil clínico da TB, o estudo observou que os casos de tuberculose que iniciaram tratamento por abandono foi 9,4% (95%IC: 8.0 - 11.1)

entre as presas e 6,7% (95% IC: 6.5 - 6.9) entre as mulheres não presas. A chance de uma mulher presa iniciar tratamento para TB por abandono é quase 1.5 vezes (95% IC: 1.2-1.7, $p < 0.001$) maior do que das mulheres não presas.

Observou-se ainda que as mulheres presas realizaram mais baciloscopias 81% (95% IC: 79.0 – 83.0), em relação a não presa 75,1% (95% IC: 74.8 – 75.4). Em contrapartida, as presas realizaram menos raios-x 73,4% (95% IC: 71.4 - 76.1) em comparação com as não presas 84% (95% IC: 83.7 - 84.3). O tratamento diretamente observado (TDO) foi mais frequente entre as presas 58,5% (95% IC: 55.6 – 61.3) do que entre as não presas 48,8% (95% IC: 48.4 – 49.2). A chance de uma mulher presa realizar (TDO) é quase 1.5 vezes (95% IC: 1.3-1.7, $p < 0.001$) maior do que das mulheres não presas.

A taxa de cura foi 71,7 % (95% IC: 69.1 – 74.0) entre presas e 75,1% (95% IC: 74.7 – 75.4) entre não presas. Percebeu-se que abandono na situação do encerramento é maior entre as presas 12,9% (95% IC: 11.2 -14.8) em relação as não presas 10,6% (95% IC: 10.4 – 10.8). As mulheres presas apresentaram 1.2 (95% IC:1.1-1.5, $p < 0.001$) vezes mais de chances de encerrar o tratamento por abandono em relação as não presas. As presas apresentaram ainda 7.3 % (95% IC: 6.0-8.8) de encerramento por transferência em comparação a 5.4% (95% IC: 5.2-5.5) das não presas. As mulheres presas apresentaram quase 1.4 (95% IC: 1.1-1.7, $p < 0.003$) vezes mais de chances de encerramento do tratamento por transferência em comparação as não presas (tabela 2).

Tabela 2 - Características do perfil clínico da TB das mulheres presas e não presas, que constam no SINAN, de 2013 a 2015.

PERFIL CLÍNICO DE TB	POPULAÇÃO PRISIONAL							OR (95%IC)	P
	NÃO			SIM					
	N	%	95%IC	N	%	95%IC			
Tipo de Entrada (N=74308)									
Caso novo	61192	83.9	83.6 - 84.1	1100	81.7	79.5 - 83.6	1.000	-	
Recidiva	4674	6.4	6.2 - 6.6	79	5.9	4.7 - 7.2	0.947 (0.7-1.2)	0.649	
Abandono	4905	6.7	6.5 - 6.9	127	9.4	8.0 - 11.1	1.423 (1.2-1.7)	<0.001	
Transferência	1938	2.7	2.5 - 2.8	39	2.9	2.1 - 3.9	1.021 (0.7-1.4)	0.904	
Pós-óbito	252	0.3	0.3 - 0.3	2	0.1	0.0 - 0.5	0.4555 (0.1-1.8)	0.269	
Forma clínica da TB (N=74458)									
Pulmonar	59345	81.2	80.9 - 81.5	1177	86.9	85.0 - 88.6	1.000	-	
Extrapulmonar	11501	15.7	15.5 - 16.0	135	10.0	8.5 - 11.7	0.593 (0.5-0.7)	<0.001	
Pulmonar + extrapulmonar	2258	3.1	3.0 - 4.2	42	3.1	2.3 - 4.2	0.957 (0.7-1.3)	0.784	
Realizou baciloscopia (N=73766)									
Não	18012	24.9	24.5 – 25.1	254	19.0	16.9 – 21.1	1.000	-	
Sim	54414	75.1	74.8 – 75.4	1086	81.0	79.0 – 83.0	1.406 (1.2-1.6)	<0.001	
Resultado da baciloscopia (N=55500)									
Negativo	17058	31.3	31.0 - 31.7	353	32.5	29.8 - 35.3	1.000	-	
Positivo	37356	68.6	68.3 - 69.0	733	67.5	64.6 - 70.2	1.050 (0.9-1.2)	0.456	
Realizou radiografia de tórax (N=73199)									

PERFIL CLÍNICO DE TB	POPULAÇÃO PRISIONAL							OR (95%IC)	P
	NÃO			SIM					
	N	%	95%IC	N	%	95%IC			
Não	11485	16.0	15.7 - 16.2	348	26.2	23.8 - 28.6	1.000	-	
Sim	60384	84.0	83.7 - 84.3	982	73.8	71.4 - 76.1	0.543 (0.4-0.6)	<0.001	
Resultado da radiografia de tórax (N=61366)									
Suspeito	54436	90.2	89.9 - 90.4	877	89.3	87.2 - 91.1	0.985 (0.8-1.2)	0.901	
Normal	4961	8.2	8.0 - 8.4	80	8.1	6.6 - 10.0	1.000	-	
Outra patologia	987	1.6	1.5 - 1.7	25	2.5	1.7 - 3.7	1.513 (0.9-2.4)	0.079	
Realizou cultura de escarro (N=73428)									
Não	51649	71.7	71.3 - 72.0	948	70.3	67.8 - 72.6	1.000	-	
Sim	20430	28.3	28.0 - 28.7	401	29.7	27.3 - 32.2	1.067 (0.9-1.2)	0.283	
Resultado da cultura de escarro (N=73428)									
Negativo	6679	37.5	36.8 - 38.2	116	35.0	30.1 - 40.3	1.000	-	
Positivo	11114	62.5	61.7 - 63.2	215	64.9	59.6 - 69.9	1.104 (0.9-1.4)	0.396	
Realizou histopatologia (N=70218)									
Não	56898	82.6	82.3 - 82.8	1086	83.1	81.0 - 85.1	1.000	-	
Sim	12014	17.4	17.1 - 17.7	220	16.8	14.9 - 18.9	1.011 (0.9-1.0)	0.532	
Resultado da histopatologia (N=10226)									
BAAR+	4101	40.8	39.8 - 41.8	78	44.1	36.9 - 51.4	1.000	-	
Sugestivo de TB	5333	53.1	52.1 - 54.0	76	42.9	35.8 - 50.3	0.724 (0.5-1.0)	0.049	
Não sugestivo de TB	615	6.1	5.7 - 6.6	23	13.0	8.8 - 18.8	1.863 (1.1-3.0)	<0.001	
Número de baciloscopia de controle realizadas (N=43771)									
0	12844	29.9	29.4 - 30.3	181	23.8	20.9 - 26.9	1.000	-	
1	6074	14.1	13.8 - 14.4	94	12.3	10.2 - 14.9	1.188 (0.8-1.4)	0.184	
2	5507	12.8	12.5 - 13.1	92	12.1	9.9 - 14.6	1.086 (0.9-1.5)	0.002	
3	4723	11.0	10.7 - 11.3	99	13.0	10.8 - 15.6	1.483 (1.1-1.9)	0.001	
4	3669	8.5	8.3 - 8.8	80	10.5	8.5 - 12.9	1.559 (1.2-2.0)	0.001	
5	2997	7.0	6.7 - 7.2	69	9.1	7.2 - 11.3	1.623 (1.2-2.1)	0.001	
6	7196	16.7	16.4 - 17.0	146	19.2	16.5 - 22.1	1.443 (1.1-1.8)	0.001	
Tratamento diretamente observado (N=60623)									
Não	30485	51.2	50.8 - 51.6	462	41.5	38.6 - 44.4	1.000	-	
Sim	29025	48.8	48.4 - 49.2	651	58.5	55.6 - 61.3	1.480 (1.3-1.7)	<0.001	
Situação de encerramento do tratamento (N=72465)									
Cura	53417	75.1	74.7 - 75.4	928	71.7	69.1 - 74.0	1.000	-	
Abandono	7544	10.6	10.4 - 10.8	167	12.9	11.2 - 14.8	1.269 (1.1-1.5)	0.005	
Óbito por Tb	2241	3.1	3.0 - 3.3	39	3.0	2.2 - 4.1	0.988 (0.7-1.4)	0.945	
Óbito por outra causa	2948	4.1	4.0 - 4.3	52	4.0	3.1 - 5.2	1.026 (0.7-1.4)	0.856	
Transferência	3819	5.4	5.2 - 5.5	94	7.3	6.0 - 8.8	1.398 (1.1-1.7)	0.003	
TB-DR	681	1.0	0.9 - 1.0	11	0.8	0.4 - 1.5	0.957 (0.5-1.7)	0.886	
Mudança de esquema	270	0.4	0.3 - 0.4	3	0.2	0.0 - 0.7	0.646 (0.2-2.0)	0.453	
Falência	38	0.0	0.0 - 0.0	1	0.0	0.0 - 0.0	1.513 (0.2-11.0)	0.683	
Abandono primário	212	0.3	0.3 - 0.3	-	-	-	-	-	

Em relação às comorbidades e fatores associados, as presas (20,8%, 95%IC: 18.4 - 23.4) apresentaram mais testes positivos para HIV em relação as não presas (14,5%; 95%IC:

14.2 - 14.8). A chance de uma mulher presa apresentar teste positivo para HIV é quase 1.0 vezes (95% IC: 0,8-1.0, p 0.449) maior do que das mulheres não presas.

Observou-se ainda nas presas maior prevalência de aids (17,2%; 95%IC: 15.2 - 19.6) do que no outro grupo (11,8%; 95% IC: 11.6 - 12.1). A chance de uma mulher presa apresentar teste positivo para HIV tem 1.5 vezes (95% IC: 1.3-1.8, p <0.001) mais chances do que as mulheres não presas. Verificou-se que as presas fazem mais uso de álcool (9,8%; 95% IC: 8.2 - 11.6) do que as não presas (7,6%; 95%IC: 7.4 - 7.8), além das presas fazer também mais uso de drogas ilícitas (21,1%; 95% IC: 17.8 - 24.7) do que as não presas (8%; 95% IC: 7.8 - 8.3). A chance de uma mulher presa fazer uso de drogas ilícitas é quase 3 vezes (95% IC: 2.4-3.7, p< 0.001) maior do que das mulheres não presas. Verificou-se que as presas fazem mais uso de tabaco (18%; 95% IC: 15.0 - 21.5) do que as não presas (11.7%; 95%IC: 11.3-12.0). A chance de uma mulher presa fazer uso de tabaco é 1.6 vezes (95% IC: 1.3-2.0, p< 0.001) maior do que das mulheres não presas (Tabela 3).

Tabela 3 - Características das comorbidades de fatores associados às presas e não presas, que constam no SINAN, de 2013 a 2015.

COMORBIDADES E FATORES ASSOCIADOS	POPULAÇÃO PRISIONAL						OR (95%IC)	P
	NÃO			SIM				
	N	%	95%IC	N	%	95%IC		
Realizou teste para HIV (N=74329)								
Não	15403	21.1	20.8 - 21.4	298	22.1	20.0 - 24.4	1.000	-
Sim	57579	78.9	78.6 - 79.1	1049	77.9	75.6 - 80.0	1.532 (1.3-1.8)	<0.001
Resultado teste para HIV (N=56330)								
Negativo	47309	85.5	85.2 - 85.8	796	79.2	76.6 - 81.6	1.000	-
Positivo	8016	14.5	14.2 - 14.8	209	20.8	18.4 - 23.4	0.960 (0.8-1.0)	0.449
Aids (N=63877)								
Não	55319	88.2	87.9 - 88.4	949	82.7	80.4 - 84.8	1.000	-
Sim	7411	11.8	11.6 - 12.1	198	17.2	15.2 - 19.6	1.540 (1.3-1.8)	<0.001
Diabetes (N=68355)								
Não	60887	90.7	90.5 - 90.9	1123	92.5	90.9 - 93.8	1.000	-
Sim	6254	9.3	9.1 - 9.5	91	7.5	6.1 - 9.1	0.799 (0.6-0.9)	0.042
Doença mental (N=68157)								
Não	65259	97.5	97.3 - 97.6	11820	97.6	96.6 - 98.3	1.000	-
Sim	1689	2.5	2.4 - 2.6	29	2.4	1.7 - 3.4	0.963 (0.6-1.4)	0.845
Uso de álcool (N=68436)								
Não	62100	92.4	92.2 - 92.6	1091	90.3	88.4 - 91.8	1.000	-
Sim	5127	7.6	7.4 - 7.8	118	9.8	8.2 - 11.6	1.299 (1.0-1.6)	0.008
Uso de drogas ilícitas (N=38200)								
Não	35546	91.9	91.7 - 92.2	427	78.9	75.3 - 82.1	1.000	-
Sim	3113	8.0	7.8 - 8.3	114	21.1	17.8 - 24.7	2.993 (2.4-3.7)	<0.001
Uso de tabaco (N=39160)								
Não	34115	88.3	88.0 - 88.6	441	82.0	78.5 - 85.0	1.000	-
Sim	4507	11.7	11.3 - 12.0	97	18.0	15.0 - 21.5	1.609 (1.3-2.0)	<0.001

DISCUSSÃO

Neste estudo, encontramos diversas realidades e disparidades entre as mulheres presas e as não presas. Já nos chama a atenção a amostragem do estudo que após realizados critérios de exclusão contou-se com 73.644 fichas notificadas no SINAN.

Quando analisamos o perfil sociodemográfico das mulheres presas e não presas, identificamos que em sua maioria que as presas possuem idade menor que 30 anos, são negras com escolaridade até a 4ª série do ensino fundamental e recebem bolsa família. Estudos vem embasar que em sua maioria, as mulheres presas são jovens, negras e pardas, pobres, com baixa escolaridade, vivendo nos bairros mais carentes das grandes cidades. Delas, 68% foram presas por crimes relacionados ao tráfico de drogas, muitas vezes por morarem junto com os companheiros e filhos em casas onde as drogas estavam sendo guardadas ou ainda por estarem levando drogas para o companheiro ou filho na prisão (DIUANA; CORRÊA; VENTURA, 2017). É fato que o número de pessoas encarceradas cresceu de maneira bastante significativa e que as prisões do Brasil, ao longo do tempo, foram se tornando espaços de caráter exclusivamente punitivo em detrimento da ressocialização e efetividade dos direitos humanos, principalmente no que tange questões de gênero advindas da história patriarcal da sociedade ocidental. Nesse sentido, com o crescimento do número de mulheres apenadas, outras questões também vêm à tona, como o significado do encarceramento para as mulheres, a partir de uma perda de direitos e de dignidade, na medida em que são submetidas a condições de existência insalubres e desumanas (SENRA, 2008). Estudos mostram que o tempo de encarceramento também parece repercutir no aumento da vulnerabilidade à TB entre detentos, visto que alguns estudos apontaram o encarceramento superior a 6 meses como um fator de risco (SILVA et al., 2019). Outros autores, entretanto, relacionaram que a predisposição à doença aumenta quando há um encarceramento superior a 3 anos, ainda que não haja uma associação estatística significativa (ESTEVAN; OLIVEIRA; CRODA, 2013). O tempo de encarceramento se encontra associado, desta forma, a um incremento considerável do risco de infecção por TB ativa e ILTB (MACHADOA et al., 2016).

Estudos revelam que o sistema carcerário brasileiro é um caos amplamente conhecido e estudado. Fala-se muito de sua estrutura, seus números e seu resultado desastroso, porém o Estado não consegue ou não quer focar nesta questão (CIENT et al., 2019). Estamos diante de tempos onde o indivíduo que pratica um crime deve morrer, a frase “bandido bom é bandido morto” nunca foi tão dita e repetida inúmeras vezes pelos cidadãos de bem. Aliás, clama-se cada vez mais por punição e encarceramento; aos olhos da sociedade, prisão superlotada quer dizer criminoso longe das ruas (CIENT et al., 2019).

Pesquisas mostram que a tuberculose guarda relação com a pobreza, a exclusão social e a miséria, cenário bastante comum nos países em desenvolvimento, nos quais essa infecção se mantém em níveis consideráveis, dada a intensa desigualdade social, aumento da pobreza, crescimento urbano e populacional desordenados, e como reflexo, iniquidades sociais em saúde (SANTOS et al., 2018).

Estudos apontam que a ocorrência da TB está intimamente relacionada a um baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), caracterizado por uma condição social e econômica desfavorável, baixo nível de escolaridade e precariedade de habitação e saúde (ORELLANA; GONÇALVES; BASTA, 2012). Infelizmente, uma triste realidade presente em boa parte dos índios brasileiros e que também se destacou dentro dos presídios neste estudo. Dados disponíveis indicam que nos indígenas a taxa de incidência de TB no ano de 2013 (95,6/100.000 pessoas) foi quase três vezes superior à taxa de incidência encontrada na população geral para o mesmo período (35,4/100.000 pessoas) (ORELLANA; GONÇALVES; BASTA, 2012). Dados da SESAI referentes à mortalidade indicam que as doenças respiratórias, sobretudo as infecciosas, foram responsáveis por 15,3% do total dos óbitos indígenas registrados nesse mesmo ano, cerca de duas vezes a taxa de mortalidade para estas doenças na população geral (ORELLANA; GONÇALVES; BASTA, 2012).

No que se refere ao perfil clínico da TB entre mulheres notificadas no SINAN entre 2013 e 2015 percebeu-se que em geral as presas iniciam mais tratamentos para tuberculose por abandono, sendo a forma pulmonar a mais comum entre elas e a extrapulmonar tem a menor proporção de casos. Observou-se ainda que as mulheres presas realizaram mais baciloscopias, em contrapartidas também realizaram menos exames de raios-x, as presas realizam mais baciloscopias além de realizar o tratamento diretamente observado (TDO) com mais frequência. Segundo orientações do ministério da saúde, a Busca Ativa no momento do ingresso tem um papel importante na detecção precoce da TB e tem por objetivo identificar e tratar os pacientes com a doença, impedindo a introdução de novos casos nas unidades prisionais. Deve fazer parte do exame de saúde admissional e ser realizado no prazo máximo de 7 dias após o ingresso na unidade prisional (UP) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b). Quando se refere a taxa de cura, o estudo mostrou que entre as presas é menor e entre elas existe maior abandono de tratamento da tuberculose. Estudos recentes revelam que os surtos de TB nas prisões são, há muito tempo, conhecidos, mas a aplicação de diretrizes específicas tem sido incompleta e heterogênea em virtude de diversos obstáculos específicos que têm sido levantados. O maior risco de infecção 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 desarticulação terapêutica entre as instituições de cuidados médicos foram alguns dos problemas encontrados (SILVA et al., 2019). Estudos revelam que o compartilhamento de cela é uma prática comum no sistema prisional, e que constitui um fator de risco entre os detentos quando estes dividem espaço com algum indivíduo que apresente doença infectocontagiosa (FUGE; AYANTO, 2016). Neste sentido, o aumento da predisposição à TB também está associado ao compartilhamento de cela entre prisioneiros sadios e aqueles com formas da doença ou apresentando tosse crônica (FUGE; AYANTO, 2016). A ausência de janelas nas celas e a má-ventilação destas também estão relacionados à causalidade da TB em alguns dos estudos analisados (FUGE; AYANTO, 2016). Isso se dá devido ao fato da TB ser uma doença de transmissão aérea, facilitada em ambientes nos quais há pouca ventilação e iluminação, encontrando nos ambientes superlotados como as prisões, condições muito favoráveis para infecção (FUGE; AYANTO, 2016). Vale ressaltar que no sistema prisional, a TB tem sido considerada um problema de saúde pública, já que sua incidência é maior entre os presos do que na população em geral (MACHADOA et al., 2016). De acordo com o manual de recomendações para o controle da tuberculose, a principal medida para interromper a cadeia de transmissão da TB é a identificação precoce e o tratamento oportuno dos casos existentes. Entretanto, é de fundamental importância considerar as medidas de biossegurança relacionadas à ventilação e à iluminação natural na construção de novos presídios e na reforma dos atuais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b). Um fator prevalente também na população privada de liberdade e que interfere diretamente na proporção de cura, aumentando os casos de encerramento por transferência, além das condições precárias de infraestrutura das prisões, é a alta rotatividade de presos (TELISINGHE et al., 2014).

Em relação às comorbidades e fatores associados, o estudo apresentou realização de mais testes para HIV, além maior prevalência de aids entre as presas. Estudos mostram que a testagem para o HIV, preferencialmente o teste rápido (TR), deve ser oferecida a todas as PPL com diagnóstico de tuberculose qualquer que seja a sua apresentação (pulmonar ou extrapulmonar). O tratamento da tuberculose deve ser priorizado e o tratamento com antirretroviral deve ser instituído em até 8 semanas após o início do tratamento da TB (BRASIL, 2018b). Estudos realizado em presidio em MG, observou que os indivíduos com infecção pelo HIV possuem maior risco de desenvolver a tuberculose ativa com taxa 0,5%, enquanto a taxa média estimada para a população brasileira é de 0,4%. Os indivíduos infectados pelo HIV com Infecção Latente de Tuberculose (ITBL) têm um risco anual de 8,0-10,0% de desenvolver tuberculose ativa, como fazem usuários de drogas ilícitas inaladas com

ITBL, provavelmente leva a um maior dano tecidual e maior comprometimento da atividade mucociliar, que é a primeira linha de proteção do corpo quando os bacilos penetram nas vias aéreas (NAVARRO et al., 2016). Verificou-se que as presas fazem mais uso de álcool, e de drogas ilícitas e tabaco. Estudos recentes apontam estes fatores de riscos para os maus resultados ao tratamento da tuberculose (SILVA et al., 2018) De acordo com a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional menciona, no texto, que muitas das mulheres presas são usuárias de drogas; que algumas realizam serviços no tráfico (como transporte e pequeno comércio) e que, em menor escala, realizam atividades voltadas à gerência da boca (DALMASO; MEYER, 2017).

Este estudo apresentou algumas limitações, a saber: o tempo para ter acesso ao banco de dados do SINAN nacional, o fato de utilizar dados secundários pois as fichas de notificação de tuberculose apresentavam muitos dados como ignorados, ou até mesmo não preenchidos (em branco).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente prisional é propício para o aparecimento de diversas doenças entre elas a tuberculose. Medidas precisam ser tomadas para o controle da tuberculose no âmbito das prisões. Pensando nisso, o Ministério da Saúde lançou em 2017 o Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose. O plano ratifica o compromisso com a Organização Mundial da Saúde (OMS) de reduzir a incidência da doença na população mundial, que hoje é de 33,7 casos para cada 100 mil habitantes. A meta é chegar a menos de 10 casos por 100 mil habitantes até o ano de 2035. Se continuarmos com o crescimento acelerado da população prisional feminina, se não lançarmos um olhar para o ambiente prisional e tratarmos os fatores de risco para adoecimento da tuberculose, será ilusão pensar no fim da tuberculose até 2035. A realidade dos presídios brasileiros favorece a disseminação da bactéria da tuberculose: superlotação, baixa incidência solar, acesso limitado ao serviço de saúde, desnutrição, uso de álcool e drogas, tabaco e comorbidades como HIV.

Como vimos, a mulher presa reúne todos os fatores de riscos para o desenvolvimento da tuberculose no sistema prisional. Embora, apresente também acesso aos serviços de saúde no sistema prisional. Contudo, quando se trata de dar continuidade aos serviços e assistência fora das grades, isso se torna mais dificultoso. Diante deste cenário, a Fiocruz, a Coordenação de Saúde do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (Depen/MJSP) e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (CGPNCT/MS) criaram estratégias para o controle da doença, com a Campanha de Comunicação sobre

Tuberculose no Sistema Prisional. O projeto tem ação direta em 75 unidades prisionais consideradas porta de entrada para o sistema prisional, com representação em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal. O objetivo é acabar com o estigma e preconceito com os acometidos pela doença, divulgar informações e diminuir o número de casos de TB. Entre as atividades de prevenção e orientação estão oficinas regionais, palestras, realização de exames e teatro-fórum para discussão dos temas. Outra ação é a distribuição de materiais para familiares, profissionais de saúde e de segurança e para os próprios detentos, incluindo os que estão em tratamento, das 1500 unidades prisionais do país. As estratégias são adaptadas à realidade de cada uma. O impacto de trabalhar com o tema nas prisões e ampliar o diagnóstico e tratamento precoce dos casos e na população geral, visto que as pessoas privadas de liberdade têm contato com familiares e convivem com profissionais de saúde e de segurança.

REFERENCIAS

- BRASIL. et al. Legislação em saúde no sistema prisional. p. 93, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de para o Controle da Tuberculose**. [s.l.: s.n.].
- BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL da República Federativa do Brasil. [s.l.: s.n.].
- BRASIL. levantamento nacional das informações penitenciárias INFOPEN mulheres - junho de 2014. p. 42, 2018.
- BRASIL, M. DA S. DO B. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. [s.l.: s.n.].
- CIENT, R. et al. O FEMININO EM CÁRCERE : REFLEXÕES ACERCA DO TRATAMENTO DADO ÀS MULHERES PELO SISTEMA. 2019.
- COYLE, A. **A human rights approach to prison management**. [s.l.: s.n.]. v. 13
- DALMASO, T. F.; MEYER, D. E. E. Circulação e consumo de drogas em uma penitenciária feminina: percepções de uma equipe de saúde prisional. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1156–1167, 2017.
- DIUANA, V.; CORRÊA, M. C. D. V.; VENTURA, M. Mulheres nas prisões Brasileiras: Tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. **Physis**, 2017.
- ESTEVAN, A. O.; OLIVEIRA, S. M. DO V. L. DE; CRODA, J. Active and latent tuberculosis in prisoners in the Central-West Region of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 46, n. 4, p. 515–518, 12 jul. 2013.
- FUGE, T. G.; AYANTO, S. Y. Prevalence of smear positive pulmonary tuberculosis and associated risk factors among prisoners in Hadiya Zone prison, Southern Ethiopia. **BMC Research Notes**, v. 9, n. 1, p. 201, 2 dez. 2016.
- INFOPEN MULHERES. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN Mulheres. **Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional**, v. 2, p. 79, 2017.
- KHAN, A. H. et al. Incidence and Risk Factors Associated With Tuberculosis Treatment Outcomes Among Prisoners. **Infectious Diseases in Clinical Practice**, v. 27, n. 3, p. 148–154, maio 2019.
- MACHADOA, J. C. et al. a Incidência De Tuberculose Nos Presídios Brasileiros: Revisão.

Rev. Aten. Saúde, v. 14, n. January 2016, p. 84–91, 2016.

NAVARRO, P. D. DE et al. Prevalência da infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* em pessoas privadas de liberdade. **Jornal Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia**, v. 42, n. 5, p. 348–355, 2016.

ORELLANA, J. D. Y.; GONÇALVES, M. J. F.; BASTA, P. C. Características sociodemográficas e indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 714–724, dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Status Report on Road. **World Health Organization**, 2018.

PHILLIPS, J. A. Global Tuberculosis. **Workplace Health & Safety**, v. 63, n. 10, p. 476–476, 29 out. 2015.

R. WALMSLEY. World Prison Population List - Twelfth Edition. **Institute for Criminal Policy Research**, v. 12, p. 1–19, 2018.

SANTOS, J. N. DOS et al. Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2011-2014*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 3, nov. 2018.

SENRA, N. Pesquisa histórica das estatísticas: temas e fontes. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 2, p. 411–425, jun. 2008.

SILVA, D. R. et al. Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 2, p. 145–152, abr. 2018.

SILVA, B. N. DA et al. Fatores predisponentes de tuberculose em indivíduos privados de liberdade: revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 67, 28 ago. 2019.

TELISINGHE, L. et al. High Tuberculosis Prevalence in a South African Prison: The Need for Routine Tuberculosis Screening. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, p. e87262, 30 jan. 2014.

WHO. **TBreport2017 WHO**. [s.l.: s.n.].

5 CONCLUSÃO

Quando falamos em saúde, nos deparamos com uma gama de repostas que poderiam ser ditas, questionadas. Porém, quando falamos de saúde da mulher, passamos a ter uma especificidade no que se refere ao termo, uma vez que pensar neste tema tem tido grande relevância nos últimos tempos. Contudo, falar de saúde da mulher dentro do contexto da população privada de liberdade, torna-se desafiador. As mulheres privadas de liberdade vivem confinadas, apesar da grande rotatividade entre as unidades prisionais, se sentem menos favorecidas pelo contexto do aprisionamento, vivem à margem e dentro de uma realidade difícil de ser acompanhada.

O sistema prisional encontra-se doente. Embora percebamos esforços dos diversos lados para prestar assistência de qualidade à esta população. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário traz suporte para que a saúde da população privada de liberdade seja estabelecida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ver a mulher presa dentro da ótica dos princípios do SUS, da universalidade, integralidade e equidade, é fazer-se cumprir a lei. A portaria interministerial 1777 de 09 de setembro de 2013, estabelece implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS –, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional. A estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

O ambiente prisional é propício para o aparecimento de diversas doenças entre elas a tuberculose. Medidas precisam ser tomadas para o controle da tuberculose no âmbito das prisões. Pensando nisso, o Ministério da Saúde lançou em 2017 o Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose. O plano ratifica o compromisso com a Organização Mundial da Saúde (OMS) de reduzir a incidência da doença na população mundial, que hoje é de 33,7 casos para cada 100 mil habitantes. A meta é chegar a menos de 10 casos por 100 mil habitantes até o ano de 2035. Se continuarmos com o crescimento acelerado da população prisional feminina, se não lançarmos um olhar para o ambiente prisional e tratarmos os fatores de risco para adoecimento da tuberculose, será ilusão pensar no fim da tuberculose até 2035. A realidade dos presídios brasileiros favorece a disseminação da bactéria da tuberculose: superlotação, baixa incidência solar, acesso limitado ao serviço de saúde, desnutrição, uso de álcool e drogas, tabaco e comorbidades como HIV. Estes fatores interferem diretamente nos esforços

para diagnóstico, tratamento, monitoramento e cura da tuberculose dentro do sistema prisional.

Como vimos, a mulher presa reúne todos os fatores de riscos para o desenvolvimento da tuberculose no sistema prisional. Diante deste cenário, a Fiocruz, a Coordenação de Saúde do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (Depen/MJSP) e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (CGPNCT/MS) criaram estratégias para o controle da doença, com a Campanha de Comunicação sobre Tuberculose no Sistema Prisional. O projeto tem ação direta em 75 unidades prisionais consideradas porta de entrada para o sistema prisional, com representação em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal. O objetivo é acabar com o estigma e preconceito com os acometidos pela doença, divulgar informações e diminuir o número de casos de TB. Entre as atividades de prevenção e orientação estão oficinas regionais, palestras, realização de exames e teatro-fórum para discussão dos temas. Outra ação é a distribuição de materiais para familiares, profissionais de saúde e de segurança e para os próprios detentos, incluindo os que estão em tratamento, das 1500 unidades prisionais do país. As estratégias são adaptadas à realidade de cada uma. O impacto de trabalhar com o tema nas prisões e ampliar o diagnóstico e tratamento precoce dos casos e na população geral, visto que as pessoas privadas de liberdade têm contato com familiares e convivem com profissionais de saúde e de segurança. É preciso tomar partido e ir à luta contra a tuberculose.

Conforme identificamos nesta pesquisa, a mulher em situação de prisão, quando se trata da assistência à saúde básica das unidades prisionais elas encontram-se bem assistida, por se tratar de uma assistência dentro das grades. Nesse aspecto, a pesquisa mostrou que a PNAISP como está definida em sua linha de atuação, dentro dos princípios da atenção básica vem garantir assistência às mulheres presas conforme preconiza a lei. Contudo, a atenção à saúde da pessoa privada de liberdade ela se entende na atenção secundária e terciária. Conforme este estudo, percebemos que quando se trata de assistência de níveis mais complexos de assistência à saúde das mulheres presas, existe aí uma falha e conseqüentemente no acompanhamento da tuberculose e diversas outras patologias. Nesse Aspecto, o diálogo em rede, a presença da Secretaria de Saúde do Estado em articulação com a Secretaria de Administração Penitenciária e os Municípios, precisam desenvolver estratégias de articulação e pactuações em rede, para garantir atendimento na rede secundária e terciária de saúde.

Ao tratarmos essa temática, queremos trazer em pauta a saúde da mulher presa na íntegra e de maneira holística. Afinal, ter sua liberdade privada, é ter sonhos cortados, é ser

visto de outro ângulo, com outro olhar. Precisamos estar atentos e entender que a cadeia precisa ser local de privação de liberdade e não privação de direitos. Precisamos de um olhar que acolhe e reintegra à sociedade, que recebe para educar e mostrar que a privação de liberdade é para ajustar conduta e não castrar a vida. Enquanto pensarmos de maneira a excluir, isolar, fazer de conta que não é responsabilidade também da sociedade civil organizada, e deixarmos à margem a população privada de liberdade, estaremos quebrando possibilidades.

A mulher presa de hoje, amanhã retornará para a sociedade e trará com ela toda bagagem de aprendizagem adquirida enquanto esteve presa. Precisamos mudar o discurso, e de uma vez por todas entendermos que bandido bom não é bandido morto, mas que bandido bom é o que por diversas questões de saúde pública, encontrou atrás das grades, possibilidade de ter oportunidades de retornar para a sociedade sabendo do seu papel de cidadão e fazendo diferente.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 10 Nov. 2019.
- BRASIL. et al. Legislação em saúde no sistema prisional. p. 93, 2014.
- BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 13 fev. 2019.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres**. Brasília-DF: 2017b. v. 2, p. 79.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres**. Brasília-DF, p. 42. Junho, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. **Boletim Epidemiológico**, v.50, n.09, p 1–18, 2019b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 12 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL da República Federativa do Brasil. [s.l: s.n.].
- BRASIL. **Tuberculose: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. 2017a. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose>. Acesso em: 10 set. 2019.
- BRITO, L. Sistema de informações de agravos de notificação - SINAN. In Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Seminário de Vigilância Epidemiológica**, Brasília, 1993. p.145-146.
- BRASIL, M. DA S. DO B. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. [s.l: s.n.].

- CIENT, R. et al. O FEMININO EM CÁRCERE: REFLEXÕES ACERCA DO TRATAMENTO DADO ÀS MULHERES PELO SISTEMA. 2019.
- CLARO, D. P.; CLARO, P. B.O.; ZYLBERSZTAJN, D. Relationship marketing strategies: when buyer and supplier follow different strategies to achieve performance. **BAR, Braz. Adm. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 2, Dec. 2005. p. 17-34. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-76922005000200003>. Acesso em 08 Set. 2019.
- COYLE, A. FAIR, H. **A Human Rights Approach to Prison Management**. 3. ed. Institute for Criminal Policy Research at Birkbeck, University of London. 2018. Disponível em http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook_3rd_ed_english_v5_web.pdf. Acesso em 10 Nov. 2019.
- DA SILVA, B.N.; DE ABREU TEMOTEO, R. C.; VÉRAS, G. C. B.; SILVA, C. R. D. V. Fatores predisponentes de tuberculose em indivíduos privados de liberdade: revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 67-71, 2019.
- DALMASO, T. F.; MEYER, D. E. E. Circulação e consumo de drogas em uma penitenciária feminina: percepções de uma equipe de saúde prisional. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1156–1167, 2017.
- DAMACENO DE ASSIS, R. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, n. 39, out./dez. 2007. p. 74-78.
- DIUANA, V.; CORRÊA, M.C.D.V.; VENTURA, M. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 727-747, 2017. Acesso em 10 Nov. 2019.
- ESTEVAN, A. O.; OLIVEIRA, S. M. DO V. L. DE; CRODA, J. Active and latent tuberculosis in prisoners in the Central-West Region of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 46, n. 4, p. 515–518, 12 jul. 2013.
- FUGE, T. G.; AYANTO, S. Y. Prevalence of smear positive pulmonary tuberculosis and associated risk factors among prisoners in Hadiya Zone prison, Southern Ethiopia. **BMC Research Notes**, v. 9, n. 1, p. 201, 2 dez. 2016.
- INFOPEN MULHERES. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN Mulheres. **Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional**, v. 2, p. 79, 2017.
- KHAN, A. H.; SULAIMAN, S.A.; MUTTALIF, A.R.; HASSALI, M.A.; AFTAB, R.; KHAN, T. Incidence and Risk Factors Associated With Tuberculosis Treatment Outcomes Among Prisoners: A Multicenter Study in Malaysia. **Infectious Diseases in Clinical Practice**, v. 27, n. 3, p. 148-154, 2019.

LAROUZÉ, B.; VENTURA, M.; SÁNCHEZ, A.R.; DIUANA, V. Tuberculosis in Brazilian prisons: Responsibility of the State and double punishment for the inmates. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 6, p. 1–4, 2015b.

LAROUZÉ, B.; VENTURA, M.; SÁNCHEZ, A.R.; DIUANA, V. Tuberculose nos presídios brasileiros : entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos Tuberculosis in Brazilian prisons : responsibility of the State and double punishment for the inmates Tuberculosis en las cárceles brasileñas. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1127–1130, 2015a.

MACHADO, J. C. et al. a Incidência De Tuberculose Nos Presídios Brasileiros: Revisão.

Rev. Aten. Saúde, v. 14, n. January 2016, p. 84–91, 2016.

MACEDO, L.R.; MACIEL, E.L.N.; STRUCHINER, C.J. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 783-794, 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Global status report on road safety 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018b. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ Acesso em 15 Nov. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Global tuberculosis report 2017**. Geneva, 2017. Disponível em http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ Acesso em 15 Nov. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Global tuberculosis report 2018**. Geneva, 2018a. Disponível em http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ Acesso em 15 Nov. 2019.

ONU. ORGANIZACAO DAS NACOES UNIDAS. **Assembleia Geral**. Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment. Nova York, 1988.

ORELLANA, J. D. Y.; GONÇALVES, M. J. F.; BASTA, P. C. Características sociodemográficas e indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 714–724, dez. 2012.

PHILLIPS, J.A. Global Tuberculosis. **Workplace health & safety**, v. 63, n. 10, p. 476-476, 2015.

R. WALMSLEY. World Prison Population List - Twelfth Edition. **Institute for Criminal Policy Research**, v. 12, p. 1–19, 2018.

- SÁNCHEZ, A. R.; MASSARI, V.; GERHARDT, G.; BARRETO, A.W.; CESCIONI, V.; PIRES, J.;CAMACHO, L. A. B. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: Uma urgência de saúde pública. **Cadernos de Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 545–552, 2007.
- SANCHEZ, A.; LAROUZE, B.. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 7, p. 2071-2080, Julho 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08182016>. Acesso em 15 Nov. 2019.
- SANTOS, J. N. DOS et al. Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2011-2014*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 3, nov. 2018.
- SENRA, N. Pesquisa histórica das estatísticas: temas e fontes. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 2, p. 411–425, jun. 2008.
- SILVA, D. R. et al. Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 2, p. 145–152, abr. 2018.
- SILVA, B. N. DA et al. Fatores predisponentes de tuberculose em indivíduos privados de liberdade: revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 67, 28 ago. 2019.
- TELISINGHE, L. et al. High Tuberculosis Prevalence in a South African Prison: The Need for Routine Tuberculosis Screening. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, p. e87262, 30 jan. 2014.
- VALENÇA, M.S.; POSSUELO, L. G.; CEZAR-VAZ, M. R.; SILVA, P. E. A. D. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2147-2160, 2016.
- WALMSLEY, R. World Prison Population List. **Institute for Criminal Policy Research**. 12.ed. v. 12, p. 1–19, 2018. Disponível em https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_12.pdf. Acesso em 15 Nov. 2019.

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE						
<p>CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.</p> <p>CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).</p>						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual	
	2	Agravo/doença	TUBERCULOSE		Código (CID10) A16.9	
	3	Data da Notificação				
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
	7	Data do Diagnóstico				
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante
Dados de Residência	13	Raça/Cor				
	14	Escolaridade				
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe	
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	
Dados Complementares do Caso	19	Distrito				
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	
	27	CEP				
	28	(DDD) Telefone	29	Zona	30	País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso					
	Dados complementares	31	Nº do Prontuário		32	Tipo de Entrada
33		Populações Especiais		34	Beneficiário de programa de transferência de renda do governo	
35		Forma		36	Se Extrapulmonar	
37		Doenças e Agravos Associados		38	Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)	
39		Radiografia do Tórax		40	HIV	
41		Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB		42	Histopatologia	
43		Cultura		44	Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)	
45		Teste de Sensibilidade				
46		Data de Início do Tratamento Atual		47	Total de Contatos Identificados	
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde				
Nome		Função		Assinatura		
Tuberculose		Sinan NET		SVS 02/10/2014		

ANEXO B – FICHA DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação das condições de saúde na população penitenciária feminina e de servidoras prisionais

Pesquisador: Roberto da Justa

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 09471512.6.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO
Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.338.548

Apresentação do Projeto:

Resposta ao parecer 2.237.824 emitido por este CEP, solicitando incluir versão e data no rodapé de todas as páginas do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

A referida emenda tem por finalidade incluir versão e data no rodapé de todas as páginas do projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Resposta ao parecer 2.237.824 emitido por este CEP, solicitando incluir versão e data no rodapé de todas as páginas do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Resposta ao parecer 2.237.824 emitido por este CEP, solicitando incluir versão e data no rodapé de todas as páginas do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi devidamente anexado para apreciação:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_948911_E2.pdf

Carta_submetendo_modificacoes_Ementa_prisao_resposta_revisao_dados_secundarios.pdf

Projeto_Condicoes_Saude_Sistema_Penitenciario_Feminino_para_CEP_Ementa2_dados_secundarios_

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3386-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Recomendações:
Não se aplica.
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não se aplica.
Considerações Finais a critério do CEP:
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.338.548

Outros	Bezerra Filho.pdf	17:01:29		Aceito
Outros	Termo de Ciência Alberto Novaes Ramos Jr.pdf	23/10/2012 17:01:10		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	23/10/2012 16:59:46		Aceito
Outros	Currículo Lattes Pesquisador Principal Roberto da Justa.pdf	22/10/2012 11:15:34		Aceito
Outros	Termo de Ciência Marden Filho Area Técnica MS.pdf	22/10/2012 11:11:33		Aceito
Outros	Termo de Ciência Isabelle Gama.pdf	22/10/2012 11:10:50		Aceito
Outros	Termo de Ciência Deborah Gurgel Freire.pdf	22/10/2012 11:10:33		Aceito
Outros	Termo de Ciência Marto Pinheiro Junior.pdf	22/10/2012 11:10:19		Aceito
Outros	Termo de Ciência Marli Galvão.pdf	22/10/2012 11:08:49		Aceito
Outros	Termo de Ciência Fabrício Bitu.pdf	22/10/2012 11:07:20		Aceito
Outros	Termo de Ciência Ligia Kerr.pdf	22/10/2012 11:06:51		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 19 de Outubro de 2017

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3386-8344 E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO C - FICHA DA PESQUISA

Nome do campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
<p>Nº de notificação e campos que correspondem aos campos de 1 a 30 dos blocos “ Dados Gerais” , “ Notificação Individual” e “ Dados de residência “ correspondem aos mesmos campos da ficha de notificação (ver dicionário de dados da ficha de notificação), exceto a data de diagnóstico.</p> <p>Além desses campos, constam também no dicionário de dados da notificação os seguintes campos internos: chave fonética (1º e último nomes do paciente) e o nome do paciente criptografado por meio de método SOUNDEX, regional de saúde de notificação e de residência.</p>					
Nº do prontuário	Varchar2(10)		N.º do prontuário do paciente na unidade de saúde.	Campo de preenchimento livre segundo as normas definidas pela unidade	NU_PRONTUA
Ocupação	Varchar2(6)	Categorias da tabela (Indicar aqui qual a tabela que é utilizado no Sinan NET)	Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).		ID_OCUPA_N
Tipo de entrada	Varchar2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caso novo 2. Recidiva 3. Reingresso após abandono 4. Não sabe 5. Transferência 	Preencher com o código correspondente a situação de entrada do paciente na Unidade de Saúde. O item	Campo obrigatório	

Nome do campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			TRANSFERÊNCIA se refere àquele paciente que comparece a esta Unidade de Saúde para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra Unidade de Saúde, desde que não tenha havido interrupção do uso da medicação por mais de 30 dias. Neste último caso, o tipo de entrada deve ser “Reingresso após abandono”. Os conceitos de “Caso Novo” e “Recidiva” estão referidos no Manual de Normas Técnicas da Tuberculose. A opção “Não Sabe” deve ser assinalada quando o paciente não souber fornecer informações.		TRATAMENTO
Institucionalizado	Varchar2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não 2. Presídio 3. Asilo 4. Orfanato 5. Hospital psiquiátrico 6. Outro 9. Ignorado 	Situação do paciente que se encontra ou não em cárcere		INSTITUCIO
Raio - X do Tórax	Varchar2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suspeito 2. Normal 3. Outra patologia 4. Não realizado 	Resultado da teleradiografia de tórax ou abreugrafia por ocasião da notificação (o código 3 diz respeito a outras alterações não compatíveis com a tuberculose)		RAIOX_TORA

Nome do campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Teste tuberculínico	Varchar2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não reator 2. Reator fraco 3. Reator forte 4. Não realizado 	<p>Resultado do teste tuberculínico:</p> <p>Não reator (0-4mm)</p> <p>Reator fraco (5-9mm)</p> <p>Reator forte (10 mm ou mais)</p>		TESTE_TUBE
Forma	Varchar2(1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pulmonar 2. Extrapulmonar 3. Pulmonar +Extrapulmonar 	Forma clínica da tuberculose, por ocasião da notificação, segundo a sua localização.	<p>Campo obrigatório.</p> <p>Se o campo = 1, campo (Se extrapulmonar) não será habilitado e o cursor pula para ítem (Agravos associados).</p> <p>Se campo = 2 ou 3, o primeiro campo (Se extrapulmonar) é de preenchimento obrigatório.</p>	FORMA
Se extrapulmonar	Varchar2(2)	<ol style="list-style-type: none"> 01.Pleural 02.Gang. Perif. 03.Geniturinária 04.Óssea 05.Ocular 06.Miliar 07.Meningoencefálico 08.Cutânea 09, Laríngea 10.Outra 	Localização extrapulmonar da tuberculose nos casos em que o paciente apresente a forma clínica igual a 2 ou 3. O item OUTRAS se refere às formas extrapulmonares que não estão contidas nas categorias de 1 a 7.	Existem dois campos apenas o primeiro deve ser obrigatório Mas os dois devem seguir crítica abaixo. Se (Forma) = 2 ou = 3, o campo (Se extrapulmonar) é de preenchimento obrigatório.	EXTRAPU1_N
Se extrapulmonar	Varchar2(2)	<ol style="list-style-type: none"> 01.Pleural 02.Gang. Perif. 03.Geniturinária 04.Óssea 05.Ocular 06.Miliar 07.Meningoencefálico 08.Cutânea 	Idem a variável anterior. Preenchido quando houver mais de uma forma extrapulmonar	Se (Forma) = 2 ou = 3, o campo (Se extrapulmonar) é de preenchimento obrigatório.	EXTRAPU2_N

Nome do campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
		09.Laríngea 10 Outra			
Se extrapulmonar Outras especificar	Varchar2(30)		Se extrapulmonar outro tipo que não os listados especificar	Caso algum dos campos do campo 38, seja preenchido com 10, Especificar o item Outra.	EXTRAPUL_O
Agravos associados aids	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se existe agravos associados à tuberculose por ocasião da notificação.	Se campo = 1, o campo 44 HIV é preenchido automaticamente com 1.	AGRAVAIDS
Agravos associados ALCOOLISMO	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se existe agravos associados à tuberculose por ocasião da notificação.		AGRAVALCOO
Agravos associados DIABETES	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se existe agravos associados à tuberculose por ocasião da notificação.		AGRAVDIABE
Agravos associados DOENÇA MENTAL	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se existe agravos associados à tuberculose por ocasião da notificação.		AGRAVDOENC
Agravos associados Outras	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informar se existe agravos associados à tuberculose por ocasião da notificação.		AGRAVOUTRA
Agravos associados Outras (Especificar)	Varchar2(30)		Informar se a outros agravos associados especificar		AGRAVOUTDE
Baciloscopia de escarro – 1ª amostra	Varchar2(1)	1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada	Resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (Bacilo álcool-ácido resistentes) realizada em amostra para diagnóstico	Campo obrigatório	BACIOSC_E
Baciloscopia de escarro – 2ª amostra	Varchar2(1)	4. Positiva 5. Negativa 6. Não realizada	Resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (Bacilo álcool-ácido	Campo obrigatório	BACILOS_E2

Nome do campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			resistentes) realizada em amostra para diagnóstico		
Baciloscopia de outro material	Varchar2(1)	1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada	Resultado da baciloscopia de outro material para BAAR (Bacilo álcool-ácido resistentes) realizada em amostra para diagnóstico		BACILOS_O
Cultura de escarro	varchar(1)	1. Positiva 2. Negativa 3. Em andamento 4. Não realizada	Resultado da cultura de escarro para <i>M.</i> <i>tuberculosis</i> realizada em amostra para diagnóstico	Campo obrigatório	CULTURA_ES
Cultura de outro material	varchar(1)	1. Positiva 2. Negativa 3. Em andamento 4. Não realizada	Resultado da cultura de outro material para <i>M.</i> <i>tuberculosis</i> realizada em amostra para diagnóstico		CULTURA_OU
HIV	varchar(1)	1. Positivo 2. Negativo 3. Em andamento 4. Não realizado	Resultado da sorologia para o vírus da imunodeficiência adquirida, realizado anterior ou posteriormente a notificação de TB. Objetiva avaliar a coinfecção pelo HIV e não a oferta do teste aos pacientes de TB.	Campo obrigatório	HIV
Histopatologia	Varchar2(1)	1. Baar Positivo 2. Sugestivo de TB 3. Não sugestivo de TB 4. Em andamento 5. Não realizado	Resultado do exame histopatológico para diagnóstico de TB		HISTOPATOL
Data de início do tratamento atual	Date		Data de início do tratamento atual na Unidade de Saúde	Data do tratamento atual <input type="checkbox"/> data do	DT_INIC_TR

Nome do campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			que está notificando o caso.	diagnostico Data do tratamento atual < que a data atual. Automático a partir da data do diagnóstico (= data de diagnóstico), no entanto sendo possível alterar posteriormente, caso necessário.	
Drogas Rifampicina	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não			RIFAMPICIN
Drogas Isoniazida	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não			ISONIAZIDA
Drogas Pirazinamida	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não			ETAMBUTOL
Drogas Etionamida	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não			ESTREPTOMI
Drogas Etambutol	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não			PIRAZINAMI
Drogas Estreptomicina	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não			ETIONAMIDA
Drogas Outras	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não		Se campo = 1, especificar item outras.	OUTRAS
Drogas se Outros especificar	Varchar2(40)		Informar se outros tipos de drogas (Especificar)		OUTRAS_DES
Tipo de tratamento	Varchar2(1)	1- Supervisionado 2- Autoadministrado 9- Ignorado	Assinalar com o tipo de tratamento que o paciente será ou está submetido no momento da notificação	Campo Obrigatório	TRAT_SUPER
Número de contatos registrados	Number(2)		Assinalar com N° de Contatos Existentes no Momento da Notificação	Campo Obrigatório se caso não importado do SinanW	NU_CONTATO
Doença relacionada ao trabalho	Varchar2(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Se o paciente adquiriu a doença em decorrência das condições/ situação de trabalho		DOENCA_TRA

ANEXO D - DICIONÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
GT-SINAN**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO

DICIONÁRIO DE DADOS - SINAN NET

AGRAVO: TUBERCULOSE

TELA DE ACOMPANHAMENTO

Nome do campo	Tipo (SINAN NET)	Categoria	Descrição	Características	DBF
UF de atendimento atual	Varchar2(2)	Código da UF do cadastro do IBGE	UF atualmente responsável pelo acompanhamento do paciente.	Preenchimento automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação. O campo será alterado quando da vinculação de 2 registros devido a transferência do caso de uma unidade para outra.	SG_UF_AT
Município de atendimento atual	varchar(6)	Código e nome dos municípios do cadastro do IBGE	Município atualmente responsável pelo acompanhamento do paciente.	Preenchimento automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação. O campo será alterado quando da vinculação de 2 registros devido a transferência do caso de uma unidade para outra.	ID_MUNIC_A
Nº de notificação atual	Varchar2(7)		Número de notificação atribuído pela unidade de saúde atualmente responsável pelo	Preenchimento automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação. O	NU_NOTI_AT Alterar o tamanho no DBF para 7

Nome do campo	Tipo (SINAN NET)	Categoria	Descrição	Características	DBF
			acompanhamento do paciente.	campo será alterado quando da vinculação de 2 registros devido a transferência do caso de uma unidade para outra.	
Data de Notificação atual	Date	dd/mm/aaaa	Data em que a Unidade de Saúde, atualmente responsável pelo acompanhamento, notificou o caso.	Preenchimento automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação. O campo será alterado quando da vinculação de 2 registros devido a transferência do caso de uma unidade para outra.	DT_NOTI_AT
Unidade de atendimento atual	Number(8,0)	Cadastro de estabelecimentos de saúde do SINAN	Unidade de atendimento atualmente responsável pelo acompanhamento do paciente.	Preenchimento automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação. O campo será alterado quando da vinculação de 2 registros devido a transferência do caso de uma unidade para outra.	ID_UNID_AT
UF de residência atual	VARCHAR2(2)			Preenchimento automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação com os dados de residência.	SG_UF_2
Município de residência atual	VARCHAR2(6)			Preenchimento automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação com os dados de residência.	ID_MUNIC_2
CEP de	VARCHAR2(8)			Preenchimento	NU_CEP2

Nome do campo	Tipo (SINAN NET)	Categoria	Descrição	Características	DBF
residência atual				automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação com os dados de residência.	
Distrito de residência atual	Number(9)			Preenchimento automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação com os dados de residência.	ID_DISTR_2
Bairro de residência atual	Number(8) Varchar2(60)			Preenchimento automático no momento da digitação da ficha de notificação/ investigação com os dados de residência.	ID_BAIRRO2 NM_BAIRRO2
Baciloscopia no 1º mês	Varchar2(1)	1- positiva 2- negativa 3- não realizada	Resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (Bacilo Alcool-Resistentes) realizada em amostra colhida ao final do 1º mês de tratamento		BACIOOSC_1
Baciloscopia no 2º mês	Varchar2(1)	1- positiva 2- negativa 3- não realizada	Resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (Bacilo Alcool-Resistentes) realizada em amostra colhida ao final do 2º mês de tratamento		BACIOOSC_2
Baciloscopia no 3º mês	Varchar2(1)	1- positiva 2- negativa 3- não realizada	Resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (Bacilo Alcool-Resistentes) realizada em amostra colhida		BACIOOSC_3

Nome do campo	Tipo (SINAN NET)	Categoria	Descrição	Características	DBF
			ao final do 3º mês de tratamento		
Baciloscopia no 4º mês	Varchar2(1)	1- positiva 2- negativa 3- não realizada	Resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (Bacilo Alcól-Resistentes) realizada em amostra colhida ao final do 4º mês de tratamento		BACIOSC_4
Baciloscopia no 5º mês	Varchar2(1)	1- positiva 2- negativa 3- não realizada	Resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (Bacilo Alcól-Resistentes) realizada em amostra colhida ao final do 5º mês de tratamento		BACIOSC_5
Baciloscopia no 6º mês	Varchar2(1)	1- positiva 2- negativa 3- não realizada	Resultado das baciloscopias de escarro para BAAR (Bacilo Alcól-Resistentes) realizadas em amostras colhidas no 6º mês de tratamento.		BACIOSC_6
Realizado o Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)	Varchar2(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Assinalar com o tipo de tratamento que o paciente foi submetido até o encerramento do Caso	Preenchimento automático (Tipo de tratamento), sendo possível alterar depois, caso necessário	TRATSUP_AT
Data da mudança de tratamento	Date		Data de mudança do tratamento devido à intolerância medic./toxicidade ou falência	Data de Mudança de Tratamento não pode ser maior que a data atual	DT_MUDANCA

Nome do campo	Tipo (SINAN NET)	Categoria	Descrição	Características	DBF
Número de contatos examinados	Number(2)		Assinalar o número de contatos examinados na investigação do caso notificado–	Variável Essencial. Nº de contatos examinados ≤ Nº de contatos existentes. Ignorar crítica se caso importado do Sinanw.	NU_COMU_EX
Situação até o 9º mês	Varchar2(2)	1- Cura 2- Abandono 3- Óbito por tuberculose 4- Óbito por outras causas 5- Transferência para mesmo município (outra unidade) 6- Transferência para outro município (mesma UF) 7- Transferência para outro Estado 8- Transferência para outro país 9- Mudança de esquema por intolerância medicamentosa 10- Mudança de diagnóstico 11- Falência 12- Continua em tratamento 13- TB Multiresistente	Resultado de tratamento com esquema com duração de 6 meses.	Deve ser preenchido em todos os casos, exceto quando for paciente com meningite, exclusiva ou não. Campo de preenchimento essencial Se campo = 9, 11 ou 12, preencher campo Situação de encerramento, os outros casos o campo Situação de encerramento é preenchido automaticamente.	SITUA_9_M
Situação no 12º mês	Varchar2(2)	1- Cura 2- Abandono 3- Óbito por tuberculose 4- Óbito por outras causas	Resultado de tratamento com esquema com duração de 9 meses (meningite)	Deve ser preenchido quando (Forma) = 2 ou =3 e campo (Se extrapulmonar) = 7 (Meningoencefálico), independente da	SITUA_12_M

Nome do campo	Tipo (SINAN NET)	Categoria	Descrição	Características	DBF
		5- Transferência no mesmo município (para outra unidade) 6- Transferência para outro município (mesma UF) 7- Transferência para outro Estado 8- Transferência para outro país 9- Mudança de esquema por intolerância medicamento sa 10- Mudança de diagnóstico 11- Continua em tratamento		idade do paciente e resultado de baciloscopia e cultura de escarro. Campo de preenchimento essencial	
Situação de encerramento	Varchar2(1)	1- Cura 2- Abandono 3- Óbito por tuberculose 4- Óbito por outras causas 5- Transferência 6- Mudança de diagnóstico 7- TB multiresistente	Situação de encerramento de todos os casos notificados	Ao se preencher o campo situação no 9º mês ou o situação no 12º mês , deve ser automaticamente preenchido o campo situação de encerramento , segundo orientação: (Tabelas de situação do encerramento anexas no final do documento)	SITUA_ENCE
Data de encerramento	Date	Dd/mm/aaaa		Data encerramento maior ou igual Data de investigação Data de Encerramento não pode ser maior que a data atual Campo Obrigatório se campo Situação de encerramento for	DT_ENCERRA

Nome do campo	Tipo (SINAN NET)	Categoria	Descrição	Características	DBF
				preenchido.	
Identifica migração (campo interno)	Varchar2(1)	1- migrado do Sinan Windows	Identifica se o registro é oriundo da rotina de migração da base Windows		MIGRADO_W
Transferência vertical da investigação e do acompanhamento	Varchar(7)	Descrever aqui a estrutura da composição do número do lote.	Identifica o Lote da transferência da <u>investigação e do acompanhamento</u> de um nível do sistema para outro (transferência vertical)	Preenchida quando realizada transferência vertical da investigação e acompanhamento	NU_LOTE_IA

LEGENDA:

Varchar – campo caracter (permite digitação de letra ou número)

Number ou numeric – campo numérico

Date – campo data

Correspondência entre os campos Situação até o 9º Mês e situação de encerramento

campo situação no 9º mês	campo situação de encerramento
1 – cura	1 – cura
2 – abandono	2 – abandono
3 – óbito por tuberculose	3 – óbito por tuberculose
4 – óbito por outras causas	4 – óbito por outras causas
5 – transferência para o mesmo município	5 – transferência
6 – transferência para outro município	
7 – transferência para outro estado	
8 – transferência para outro país	
9 – mudança de esquema	<i>(disponível para digitação de qualquer categoria de encerramento)</i>
10 – mudança de diagnostico	6 – mudança de diagnostico
11 – falência	<i>(disponível para digitação de qualquer categoria de encerramento)</i>
12 – continua em tratamento	(disponível para digitação de qualquer categoria de encerramento)
13 – tb multirresistente	7 – tb multirresistente

Correspondência entre os campos Situação até o 12º Mês e situação de encerramento

campo situação no 12º mês	campo situação de encerramento
1 – cura	1 – cura
2 – abandono	2 – abandono
3 – óbito por tuberculose	3 – óbito por tuberculose
4 – óbito por outras causas	4 – óbito por outras causas
5 – transferência para o mesmo município	5 – transferência
6 – transferência para outro município	
7 – transferência para outro estado	
8 – transferência para outro país	
9 – mudança de esquema	<i>(disponível para digitação de qualquer categoria de encerramento)</i>
10 – mudança de diagnóstico	6 – mudança de diagnóstico
11 – continua em tratamento	<i>(disponível para digitação de qualquer categoria de encerramento)</i>