



REVISIÓN

LA TUBERCULOSIS EN EL CÁRCEL: UN RETRATO DE LAS ADVERSIDADES DEL SISTEMA PRISIONAL BRASILEÑO

A TUBERCULOSE NO CÁRCERE: UM RETRATO DAS MAZELAS DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

*Bárbara Carollo de Almeida Winter**
*Rodrigo Grazinoli Garrido***

RESUMO:

Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que tem na forma pulmonar a maior importância clínica e epidemiológica. O Brasil apresenta alta incidência de TB, ocupando o 20º lugar no mundo e a situação entre as pessoas privadas de liberdade (PPL) é ainda mais grave. Por meio de pesquisa exploratória quali-quantitativa, buscou-se analisar o atual panorama da tuberculose no Brasil, com ênfase no sistema prisional. Na prisão, o desenvolvimento da TB é favorecido pela superlotação, nutrição precária, más condições higiênico-sanitárias, além de altas taxas de comorbidades. Assim, a incidência de TB entre PPL é cerca de 31 vezes superior ao notificado extramuros, colocando-as entre o grupos mais vulneráveis, equiparadas às pessoas vivendo com HIV. Este fato torna-se ainda mais preocupante quando se reconhece que o Brasil é o quarto país com a maior população prisional do mundo e com taxas crescentes de aprisionamento. Deve-se ter em mente que a população intramuros não está completamente isolada, tornando-se fonte de transmissão da tuberculose para o restante da população, através de visitas, transferências e contato com os profissionais do presídio. Diversos programas tiveram relativo êxito em reduzir o índice de incidência da tuberculose nos últimos anos, contudo, para as PPL as mazelas ainda se mantêm, tornando o sistema prisional um verdadeiro reservatório de tuberculose.

PALAVRAS-CHAVE: execução penal, prisão, saúde de prisioneiros

* *Biomédica*

** *Bimédico; Graduado em Segurança Pública; MSc; PhD;
Jovem Cientista do Nosso Estado - FAPERJ
Perito Criminal, Diretor do IPPGF
Professor Adjunto de Medicina Legal - FND/UFRJ
Professor Adjunto do Mestrado em Direito - UCP
e-mail: grazinoli.garrido@gmail.com*

Recibido para publicación: 06/07/2017

Aceptado: 08/08/2017



ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is an infectious disease that has the greatest clinical and epidemiological importance in pulmonary form. Brazil has a high incidence of TB, occupying the 20th place in the world and the situation among people deprived of liberty (PPL) is even more serious. Through exploratory qualitative-quantitative research, we sought to analyze the current panorama of tuberculosis in Brazil, with emphasis on the prison system. In prison, the development of TB is favored by overcrowding, poor nutrition, poor hygienic-sanitary conditions, and high rates of comorbidities. Thus, the incidence of TB among PLWA is about 31 times higher than reported outside the city walls, placing them among the most vulnerable groups, equal to those living with HIV. This fact becomes even more worrying when one recognizes that Brazil is the fourth country with the largest prison population in the world and with increasing rates of imprisonment. It should be borne in mind that the intramural population is not completely isolated, becoming a source of transmission of tuberculosis to the rest of the population through visits, transfers and contact with prison staff. Several programs have been relatively successful in reducing the incidence of tuberculosis in recent years; however, for PPLs the adversities still remain, making the prison system a true reservoir of tuberculosis.

KEY WORDS: prison execution, prison, prisoner health

RESUMEN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa que tiene en forma pulmonar la mayor importancia clínica y epidemiológica. Brasil presenta alta incidencia de TB, ocupando el 20° lugar en el mundo y la situación entre las personas privadas de libertad (PPL) es aún más grave. Por medio de una investigación exploratoria cuali-cuantitativa, se buscó analizar el actual panorama de la tuberculosis en Brasil, con énfasis en el sistema penitenciario. En la prisión, el desarrollo de la TB es favorecido por el hacinamiento, la nutrición precaria, las malas condiciones higiénico-sanitarias, además de altas tasas de comorbilidad. Así, la incidencia de TB entre PPL es aproximadamente 31 veces superior al notificado extramuros, colocándolos entre los grupos más vulnerables, equiparados a las personas que viven con el VIH. Este hecho se vuelve aún más preocupante cuando se reconoce que Brasil es el cuarto país con la mayor población prisional del mundo y con tasas crecientes de encarcelamiento. Se debe tener en cuenta que la población intramuros no está completamente aislada, convirtiéndose en fuente de transmisión de la tuberculosis para el resto de la población, a través de visitas, transferencias y contacto con los profesionales de la cárcel. Diversos programas tuvieron éxito en reducir el índice de incidencia de la tuberculosis en los últimos años, sin embargo, para las PPL las adversidades aún se mantienen, haciendo que el sistema penitenciario un verdadero reservorio de tuberculosis.

PALABRAS-CLAVE: ejecución penal, prisión, salud de los prisioneros

1. Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Apesar da existência de formas extrapulmonares, é a forma pulmonar a mais estudada e a de maior importância clínica e epidemiológica. Esta doença apresenta amplitude mundial, recebendo estimativamente 10,4 milhões de casos novos em todo o mundo no



ano de 2015¹. No entanto, é notável sua maior incidência nos países em desenvolvimento por se tratar de uma doença diretamente relacionada às áreas de grande concentração populacional e precárias condições socioeconômicas e sanitárias².

O Brasil ocupa o 20º lugar no mundo, revelando, a cada ano, aproximadamente 70 mil novos casos e 4,6 mil mortes³. Esses dados permitem identificar a tuberculose como um sério problema de saúde pública no país e essa situação agrava-se quando o foco de análise passa a ser o sistema penitenciário brasileiro.

Há três fatores que podem determinar a transmissão da tuberculose: o estado imunológico do doente, o ambiente em que ele está inserido e a duração de exposição ao bacilo⁴. Tais fatores são comumente encontrados no ambiente prisional o qual é marcado por fragilidades, como superlotação e ventilação deficiente, nutrição precária, más condições sanitárias e higiênicas, além do consumo de drogas, das doenças associadas e do precário serviço de saúde⁵. A alta taxa de incidência e prevalência de TB nos presídios é ainda aumentada pela grande mobilidade dos presos entre as unidades prisionais favorecendo a transmissão da doença⁶.

Nas prisões brasileiras, a incidência de TB reportada em 2013 foi de 1.080/100.000, índice 31 vezes superior ao notificado entre a população livre, 35/100.000⁷. Esses dados mostram que a população dos presídios brasileiros apresenta maior risco de exposição aos bacilos de TB, de infecção e estabelecimento da doença quando comparada à população em geral. Dessa forma, é importante que haja o desenvolvimento de estratégias de saúde para combater a propagação da doença no sistema carcerário brasileiro.

Por meio de pesquisa exploratória quali-quantitativa, desenvolvida a partir de documentação indireta de fontes secundárias como livros, artigos e site, e de fontes primárias como a legislação pertinente, além de levantamento de dados do Ministério da Saúde, o artigo procurou analisar a atual situação da TB entre brasileiros, principalmente entre aqueles privados de liberdade.

2. Tuberculose

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa com evolução crônica acarretada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*⁸. Apesar da existência de formas extrapulmonares, a forma pulmonar é a mais estudada e a de maior importância clínica e epidemiológica por ser responsável pela maioria dos casos de tuberculose.

O *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) se originou aproximadamente há 150 milhões de anos⁹, mas foi a partir dos séculos XVIII e XIX que a tuberculose expandiu-se, tornando-se uma importante epidemia. Conhecida como “peste branca”, neste período observa-se a associação da doença às condições socioeconômicas como à ausência de saneamento básico, má nutrição e superlotação¹⁰. Esses agravos surgem com o início da revolução industrial em 1760 e, nesse momento, a tuberculose passa a ser responsável por um quarto das mortes na Europa¹¹.

Após a contribuição de alguns estudiosos que se dedicaram ao tema, o famoso bacteriologista Robert Koch consegue, em 1882, isolar o agente causador da tuberculose, identificando o bacilo⁹. Contudo, apesar das significativas melhorias na saúde pública¹⁰, é a partir da década de 1940 que se observa considerável queda na mortalidade por TB, em virtude da implementação da quimioterapia¹².

No entanto, a tuberculose não foi erradicada e, a despeito dos avanços terapêuticos e melhorias socioeconômicas, ainda se constata alto índice de incidência e prevalência da doença. Cerca de 1,8 milhões de pessoas morreram de tuberculose em 2015, sendo a TB uma das 10 principais causas de mortes no mundo¹³.

A transmissão de tuberculose ocorre de pessoa a pessoa por via aérea a partir da inalação de gotículas expelidas pelo paciente com a doença. São apenas infectantes os bacilíferos, ou seja, os portadores da doença que expelem



os bacilos de TB em forma de aerossóis ao falar, tossir ou espirrar. Dessa forma, a TB não é transmitida por apertos de mão, compartilhamento de alimentos ou bebidas, utensílios de cozinha, contato com roupa de cama e sanitários ou pelo beijo^{8,14}.

O principal sintoma da tuberculose pulmonar é a tosse persistente, podendo ser seca ou produtiva, com expectoração purulenta ou mucoide, com ou sem sangue¹⁵. Sendo assim, recomenda-se investigar todos os casos de sintomatologia respiratória por três semanas ou mais, febre vespertina, entre outros sinais e sintomas iniciais característicos de TB¹⁵. Para o perfeito diagnóstico, o paciente deve ser encaminhado para o exame bacteriológico e radiológico¹⁶. Também são analisados possíveis contatos do indivíduo com portadores de tuberculose, história de tratamento anterior para a doença e o enquadramento a um dos grupos de risco para o desenvolvimento da doença¹⁷. Sendo assim, para o eficaz controle da tuberculose na sociedade é necessário realizar um diagnóstico rápido e precoce, devendo ter alta sensibilidade, alta especificidade e alto valor preditivo positivo¹⁶.

No ambiente prisional, a prioridade é a busca dos casos bacilíferos a partir da persistência de tosse pelo encarcerado por mais de duas semanas. Contudo, para que se haja um eficiente controle e redução da tuberculose nesse meio é necessária a realização de busca no momento do ingresso e também buscas ativas periódicas, com o objetivo de diminuir a fonte da infecção¹⁷. Nos casos de TB ativa confirmada no cárcere, indica-se a procura pelos contatos com o objetivo de detectar outros possíveis casos de TB ativa e interromper a cadeia de transmissão¹⁷.

A tuberculose pode ser completamente curável, mas para que isso ocorra, o paciente deve seguir com o tratamento até o fim e ser responsivo aos medicamentos de escolha^{18,19}. Dessa forma, um dos motivos para o alto índice de mortalidade por TB seria a falta de adesão do paciente ao tratamento, o que também aumenta o índice de incidência e o aparecimento de bacilos multirresistentes¹⁸.

O tratamento da tuberculose envolve medicamentos de primeira e de segunda escolha e dura no mínimo 6 meses, podendo perdurar por até 2 anos em pacientes com resistência aos medicamentos^{19,20}. Após 15 dias de tratamento, o paciente passa a ser considerado não infectante começando a sentir a melhora dos sintomas. Essa é, muitas vezes, a causa do abandono do tratamento, uma vez que o indivíduo acredita já estar curado. Essa ação provoca o reaparecimento dos sintomas da doença e o paciente volta a ser transmissor dos bacilos¹⁹.

Outro grande problema relacionado à TB é o estado de coinfeção, no qual o indivíduo apresenta duas ou mais doenças concomitantemente. Esse quadro, em HIV positivos, pode se tornar alarmante, considerando-se a possibilidade do sistema imunológico apresentar-se ainda mais debilitado²¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas 5 a 15 % dos 2-3 milhões de infectados por TB irá desenvolver a doença ao longo de sua vida. No entanto, a probabilidade de desenvolver TB é maior entre os indivíduos coinfectados pelo HIV²². Em 2015, houve no mundo 1,2 milhões de casos novos de coinfeção TB-HIV e 0,4 milhões de mortes entre os indivíduos soropositivos²². No Brasil, ainda em 2015, dos apenas 68,9% casos novos de TB que foram testados para HIV, 9,7% corresponderam-se a pessoas com a coinfeção TB-HIV³.

A coinfeção TB-HIV causa grande impacto na mortalidade por AIDS e por tuberculose no Brasil e de acordo com a OMS, em 2011, as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) apresentam cerca de 21 a 34 vezes mais chances de desenvolver tuberculose ativa do que a população geral²³. Dessa forma, preconiza-se realizar, independentemente da confirmação bacteriológica, o teste rápido anti-HIV em todas as pessoas com tuberculose¹⁵.

De forma geral, a partir dos anos 1993, a OMS passou a considerar a tuberculose como uma emergência global e, desde então, algumas ações foram criadas a fim de combater a propagação da doença. Atualmente, o Global Tuberculosis Report de 2016 apresentou duas novas estratégias para a eliminação de TB tendo como meta promover uma redução de 90% na incidência e uma redução de 95% na mortalidade por tuberculose até 2035 em comparação com as taxas de 2015.



Em 2015, houve no mundo cerca de 10,4 milhões de casos incidentes de TB, sendo 5,9 milhões entre homens, 3,5 milhões entre mulheres e 1,0 milhão entre crianças e 1,8 milhões de mortes¹³. No relatório sobre tuberculose no Nature Reviews Disease Primers, consta que a tuberculose se encontra entre as 10 principais causas de morte no mundo, sendo responsável por mais mortes do que o HIV e a malária¹³.

A tuberculose no Brasil também se apresenta como um grave problema de saúde pública, apesar das taxas de incidência e mortalidade terem caído nos últimos anos. Só em 2015 o número de casos novos de TB confirmados representou 63.189. Entre 2005 e 2014, contabilizou-se uma média de 70 mil novos casos de TB e 4.400 mortes³.

Nos últimos anos, houve no Brasil uma queda de 20,2 % na incidência de TB e uma redução em 21,4% no índice de mortalidade de TB, cumprindo as metas internacionais³. No entanto, o panorama da tuberculose no Brasil ainda inspira cuidados, especialmente entre pessoas privadas de liberdade.

3. Ações para o controle da tuberculose

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem como objetivo promover o controle da tuberculose a partir do acesso universal da população ao tratamento da TB. Para isso, ele garante a distribuição gratuita dos medicamentos aos portadores de tuberculose e o tratamento diretamente observado a fim de garantir a eficácia do tratamento e diminuir o número de abandono do mesmo²⁴.

Contudo, o PNCT é direcionado a população extramuros, ou seja, não tem influência dentro do sistema prisional. Uma vez em liberdade, por outro lado, o egresso da prisão em tratamento de TB deve procurar imediatamente o PNCT de seu município. Para tanto, é de fundamental importância que o ex-prisioneiro tenha em mãos documento, constando data do início do seu tratamento e demais informações que auxiliem a unidade de saúde a dar continuidade à terapia¹⁷.

Além disso, segundo o “Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil”¹⁷, é necessário que haja um eficaz sistema de comunicação entre as unidades prisionais, uma vez que as transferências de encarcerados entre elas são comuns. Dessa forma, a unidade receptora deve estar apta a receber um indivíduo que necessite de tratamento para tuberculose¹⁷.

O controle da tuberculose no sistema prisional brasileiro, contudo, enfrenta diversos obstáculos como o descaso com os sintomas por parte dos encarcerados, a restrição de informações que os mesmos obtêm sobre o assunto e uma priorização da segurança em relação à saúde com uma conseqüente carência nos serviços de saúde¹⁷. A realidade proposta não é a mesma praticada, criando uma discordância que prejudica a detecção e a cura da doença.

Destinado especificamente aos privados de liberdade há a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) que visa promover uma atenção integral e de qualidade ao preso e controlar e reduzir os agravos mais frequentes que os acometem²⁵. No entanto, apesar da existência de ações voltadas a garantir a saúde do preso, observa-se que na realidade estas não são seguidas.

4. O Sistema Prisional

A falência da pena privativa de liberdade vem sendo insistentemente discutida e um dos motivos apontados tem relação com as condições desfavoráveis que a prisão produz. Como aponta Erving Goffman, o ambiente carcerário



*é um lugar impróprio para se conseguir algum efeito benéfico ao desenvolvimento ou ressocialização do indivíduo*²⁶.

A Lei de Execução Penal (LEP) deixa clara a garantia dos direitos dos presos. No entanto, os diversos problemas observados no sistema prisional evidenciam a grande distância presente entre o proposto pela LEP e o que acontece na realidade. Desde seu surgimento, as prisões foram marcadas negativamente e, apesar da evolução desse sistema e do estabelecimento dos direitos humanos, ainda há muito que se mudar.

Para Fiona Macaulay²⁷, o sistema prisional brasileiro tem três principais objetivos: proteger o público, incapacitando os criminosos, puni-los e reabilitá-los. Assim, como Erving Goffman destaca, a prisão passa a ser *um lugar impróprio para se conseguir algum efeito benéfico ao desenvolvimento ou ressocialização do indivíduo*²⁶.

Enfatizando, Machado²⁶ aponta que *as penitenciárias no país vêm se tornando cruéis masmorras, onde se encontram presos provisórios misturados com condenados, empilhados num espaço físico mínimo, prevalecendo o mais absoluto caos*.

A falta de confiança nas instituições de segurança acaba por ser uma realidade entre a população, uma vez que muitos consideram o cárcere como um local onde os privados de liberdade potencializam suas *habilidades criminosas*²⁷. De fato, o relatório do Infopen evidencia que *a situação carcerária é uma das questões mais complexas da realidade social brasileira*²⁸ e os diversos problemas atrelados ao cárcere acabam por criar uma *visão pessimista sobre a eficácia da prisão em tempos atuais*²⁶.

5. A Crise no Sistema Penitenciário Brasileiro e seus Reflexos na Saúde da População Intra e extramuros

De acordo com o art. 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é um *direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*²⁹.

Contudo, a promoção da saúde não está direcionada apenas à prevenção da doença. A promoção da saúde envolve fatores como a busca pela qualidade de vida, garantindo que *a população viva em ambiente saudável e protegida contra riscos de adoecimento*¹⁶.

O direito à saúde também é estendido à população privada de liberdade (PPL), no sistema carcerário, e apresenta a seguinte definição:

Art. 2º 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 segurança²⁵.

Em relação à PPL, a Lei de Execução Penal (nº 7.210/1984), no art. 10, garante que a assistência ao preso é dever do Estado, incluindo os âmbitos: *material; à saúde; jurídica; educacional; social; religiosa*³⁰. E, continua, na Seção III (Da Assistência à Saúde), no art. 14, determinando que a assistência à saúde do privado de liberdade deve incluir atendimento médico, farmacêutico e odontológico³⁰.

No entanto, as instituições penais apresentam alta incidência de doenças, como tuberculose⁷. E isso cria um sério problema do ponto de vista epidemiológico ao considerar-se que a doença poderá ser transmitida para a população extramuros, seja pelas visitas de familiares, seja no momento da soltura do preso²⁷.

A alta endemicidade da tuberculose na população prisional parece estar relacionada às condições de vida do indivíduo



antes de cárcere, como: o baixo nível escolar, o uso de drogas ilícitas e dificuldade de acesso ao serviço de saúde³¹. Além disso, é preciso ressaltar os antecedentes de encarceramento, como a tuberculose prévia e o HIV sendo fatores que influenciam a endemicidade⁷.

De fato, Minayo e Ribeiro³² apontam no estudo “Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil” o grande percentual (50%) de analfabetos entre a população carcerária do estado do Rio de Janeiro. Isso, conseqüentemente, leva esse grupo de indivíduos que, em sua maioria é jovem (entre 20 e 39 anos), à trabalhos pouco estáveis e informais³².

Desta maneira, como apontado pelo Infopen, o perfil das pessoas presas é majoritariamente de jovens negros, de baixa escolaridade e de baixa renda²⁸ e apesar da tuberculose estar presente em todos os níveis sociais, é nas camadas mais pobres onde se encontra a maior prevalência da doença, o que faz dela um verdadeiro indicador social²⁰.

Somada às condições de vida em que o indivíduo se encontrava antes do cárcere, têm-se as péssimas condições do próprio cárcere, às quais os prisioneiros são expostos. Segundo Sánchez e Larouze³³:

Confinar pessoas privadas de liberdade de um país de alta ou média endemicidade de tuberculose (TB) como o Brasil, em ambientes superlotados e mal ventilados, tem como consequência imediata a amplificação da transmissão e uma hiperendemicidade neste contexto³³.

É uma realidade o fato da população privada de liberdade ter dificuldade de acesso à saúde, além das precárias condições higiênico-sanitárias em que vivem. As celas são mal ventiladas e, diferente do proferido pela LEP em que *o estabelecimento penal deverá ter lotação compatível com a sua estrutura e finalidade*, a superlotação é constante nas prisões³⁰.

Reportagem do portal G1, 2017, apontou a precária estrutura física e higiênica das celas do sistema prisional do Rio de Janeiro sendo, provavelmente, a causa das dez mortes de prisioneiros nos primeiros dias do ano de 2017. Ainda a mesma matéria aponta que desses dez presos, sete eram provisórios o que mostra, mais uma vez, a superlotação como uma das mazelas do cárcere nacional.

“O que acontece no Estado do Rio é que há uma espécie de morte silenciosa. Aqui não há registro de chacinas como as que aconteceram no Amazonas e em Roraima. Não. Aqui, os presos definham e as condições são péssimas”, diz o defensor Leonardo Rosa, do Núcleo do Sistema Penitenciário (Nuspen), na Defensoria Pública³⁴.

Em um dos seus estudos, Minayo e Ribeiro destacam que a superlotação dentro dos cárceres do estado do Rio de Janeiro é acentuada pelo ócio dos prisioneiros³². Os mesmos relatam a revolta que sentem pela falta de atividades disponíveis a eles, o que vai contra à garantia da *atribuição de trabalho e sua remuneração* como direito do preso³⁰.

A questão da superlotação no sistema penal nacional é confirmada ao analisar o número da PPL no Brasil. O Brasil conta com mais de 600 mil encarcerados em todo o território nacional, o que não é compatível com as quase 377 mil vagas disponíveis no sistema prisional. Sendo assim, há um déficit de 231.062 vagas e uma taxa de ocupação que ultrapassa 100%²⁸.

Segundo o Infopen, o Governo Federal investiu, nos últimos anos, mais de R\$1,1 bilhão para a construção de vagas para o sistema prisional²⁸. De fato, a Lei de Execução Penal (nº 7.210/1984), em seu artigo 88 assegura que *o condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório*³⁰.

No entanto, existem cerca de 300 presos para cada cem mil habitantes no país e em um espaço concebido para custodiar 10 pessoas, existem por volta de 16 indivíduos encarcerados²⁸. Além disso, apesar das condições precárias



do cárcere, cada indivíduo privado de liberdade gera um alto custo para o governo. O *custo médio para providenciar uma nova vaga na prisão é em torno de quinze mil reais e o custo mensal para manter essa pessoa na prisão é de, pelo menos, oitocentos reais*²⁷.

Analisando o Mapa do Encarceramento é possível observar que o número de pessoas privadas de liberdade vem aumentando ao longo dos anos. Entre os anos de 2005 e 2012 houve um aumento de 74% da população encarcerada no Brasil, passando de 296.919 para 515.482 presos³⁵. Comparando-se esses dados com o quadro atual, destacado pelo Infopen²⁸, nota-se um aumento de 18% de encarcerados em apenas 2 anos.

A superlotação ainda traz mais um agravamento quando se considera a falta de classificação dos presos nas celas. Observa-se, então, que em uma mesma cela há encarcerados das mais diversas classificações, que cometeram os mais diversos crimes e em diversos estados de saúde³⁶. Esse fato não condiz com o art. 5º da LEP que afirma que *os condenados serão classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal*³⁰. Mais uma vez, fica clara a discordância entre a lei e as práticas realizadas no sistema prisional brasileiro.

Contudo, essa não é uma realidade restrita ao território nacional. O Brasil apresenta a quarta maior população prisional do mundo, sendo superada apenas por Estados Unidos, China e Rússia. Com relação à taxa de condenação, o Brasil se apresenta com a quinta maior taxa. Segundo o ICPS- International Centre for Prison Studies²⁸, no mundo há cerca de 3 milhões de indivíduos presos antes de sentença condenatória definitiva, provisoriamente, identificando-se a tendência de um aumento crescente nesse quadro.

No Brasil, cerca de 41% da PPL permanecem presas sem terem recebido julgamento. A população de privados de liberdade em situação provisória no país é de cerca de 222.190 pessoas, o que coloca o Brasil em 4º lugar nessa classificação. Esse alto índice de presos provisórios acaba sendo um fator extra à superlotação no sistema prisional nacional, aumenta o número de indivíduos sujeitos às condições insalubres do cárcere e contribui para o aumento do custo destinado a esse sistema²⁸.

Segundo Fiona Macaulay²⁷, outra importante questão a se considerar é o fato de existirem presos provisórios detidos em carceragens de delegacias que esperam um longo período por uma vaga em presídio. Esses locais não são adequados ao cárcere, mas mesmo assim os presos acabam por permanecer ali *cumprindo suas sentenças* e criando mais um quadro de superlotação²⁷.

Para reportagem do portal R7³⁷, a diretora do Instituto Igarapé afirma que a presença dos presos provisórios é um problema que deve ser solucionado.

Ou as pessoas devem ficar presas ou devem estar soltas, mas, por favor, façam uma força tarefa para julgá-las. Porque sabemos que, num ambiente onde há um grande número de presos provisórios, alguns vão ser soltos³⁷.

A diretora ainda ressalta que a superlotação é agravada pela presença de presos provenientes de crimes de naturezas diversas, uma vez que a priorização para o encarceramento deveria ser aos crimes hediondos.

Não é questão de impunidade, é questão de a gente saber que a privação de liberdade é fato para pessoas que são perigosas para a sociedade e a gente está invertendo. Porque lá dentro tem pouca gente que cometeu crime violento³⁷.

Essa análise mostra que a situação no sistema prisional brasileiro é grave. E isso só contribui ainda mais para o desenvolvimento e disseminação da TB. De fato, dados mostram que a população dos presídios brasileiros apresenta maior risco de exposição aos bacilos de TB, de infecção e estabelecimento da doença quando comparada à população em geral.



Apesar das tentativas em utilizar o aprisionamento como último recurso, o desencarceramento no Brasil ocorre de forma lenta²⁷. Em uma comparação entre os quatro países com maior população prisional no mundo foi possível identificar que diferente dos EUA, China e Rússia, os quais estão reduzindo a taxa de encarceramentos, o Brasil apresenta taxa crescente de superencarceramento e a estimativa é que em 2018 o Brasil ultrapasse a Rússia em números de PPL²⁸.

O Entre 1990 e 2014, observou-se no Brasil um aumento de 575% da população privada de liberdade. A partir dos anos 2000 o número de encarcerados no país cresceu em média 7% ao ano, totalizando um aumento dez vezes maior que o crescimento da população brasileira que obteve uma média de 1,1% ao ano. Se esse quadro se mantiver, estima-se que em 2022 a população privada de liberdade será de um milhão de pessoas e que em 2075 para cada dez indivíduos um estará em condição de encarceramento²⁸.

Felizmente, análise feita pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose mostrou queda na incidência da TB no sistema prisional brasileiro entre 1990 e 2015. No entanto, ainda evidencia-se uma maior incidência de TB entre a PPL do que entre o restante da população.

Em relação ao percentual de cura de TB no sistema prisional, observa-se que a média brasileira é de 73,5%. Um dado animador ao se considerar as unidades prisionais como um todo. No entanto, o estado Rio de Janeiro que apresenta uma significativa PPL apresenta apenas 32% de cura de TB. Além disso, é importante ressaltar que o sistema de detecção de tuberculose no sistema prisional nacional ainda é falho e o número de doentes possivelmente é superior ao reportado pelo PNCT. Sendo assim, esses dados provavelmente não condizem com a realidade, podendo o índice de mortalidade por TB no cárcere ser pior do que o reportado. De fato, em reportagem do G1, o sistema penitenciário do Rio de Janeiro relatou 442 mortes entre 2010 e 2016, sendo que 248 ocorreram por doenças³⁴.

No entanto, não se pode esquecer que há ligação direta entre a tuberculose no sistema prisional e a tuberculose na sociedade externa ao cárcere³⁸, uma vez que de acordo com as Normas e Princípios das Nações Unidas sobre Prevenção ao Crime e Justiça Criminal, o preso tem direito de se comunicar com sua família e amigos, assim como receber visitas dos mesmos³⁹ o que está de acordo com o inciso X do artigo 41 da LEP que diz *visita do cônjuge, da companheira, de parentes e amigos em dias determinados*³⁰.

Ainda de acordo com reportagem do G1 Rio, *para os quase 51 mil presos do sistema, há 80 mil pessoas cadastradas para visitas*, no Rio de Janeiro³⁴. Sendo assim, a transmissão de TB não se dará apenas entre os presidiários, como também para os funcionários dos presídios, familiares dos encarcerados e, conseqüentemente, para a população externa ao cárcere. Este quadro cria um ciclo, onde se a transmissão não for contida no reservatório prisional ela se propagará para toda a população. Contudo, são poucos os estudos destinados à comparação entre a epidemia de TB no cárcere e na sociedade externa a ele³⁸.

Em uma pesquisa realizada por Sacchi et.al.³⁸, analisou-se a relação entre o desenvolvimento de TB no encarceramento e na população em geral da cidade de Dourados-MS, em um período de quatro anos. Dourados apresenta uma população de aproximadamente de ≈177.160 pessoas, dos quais 1.500 são presos e, durante esse período de quatro anos, observou-se que 25% dos casos de TB ocorreram entre os prisioneiros que, por sua vez, representam <1% da população geral. O estudo ainda identificou que os ex-prisioneiros tinham 23% mais casos de tuberculose do que a população em geral e sugere-se que sua infecção tenha tido início durante o período do cárcere, pois os mesmos foram diagnosticados nos primeiros 2 anos após a libertação. O teste de tuberculina realizado na linha de base constatou uma baixa positividade (7%) entre os recém-encarcerados o que evidencia, mais uma vez, que a transmissão de TB se deu dentro da prisão.

Esses autores concluem que os *achados sugerem que as prisões servem como grandes reservatórios de TB para a população em geral*³⁸. Além disso, também é importante destacar que há uma carência no serviço de saúde em



presídios brasileiros e, com isso, o diagnóstico e tratamento da doença não são feitos de forma efetiva. Somado a isso, outro fato que dificulta o controle de TB nos presídios é a grande mobilidade dos encarcerados entre as unidades prisionais, o que interrompe o tratamento, sem a garantia de que o mesmo terá uma continuidade na nova unidade de cárcere⁶.

Minayo e Ribeiro³² avaliaram as condições de vida dos presos do Rio de Janeiro a partir do relato dos mesmos. Durante o estudo, os presos reclamaram acerca do mau atendimento por parte dos profissionais da saúde, sobre a humilhação a que estão sujeitos durante o seu transporte para fora da prisão em casos de necessidade de demanda médico ou judicial, sobre os maus tratos e sobre a alimentação precária³². Todos esses fatores contribuem para que os encarcerados não procurem o diagnóstico e nem relatem eventuais problemas médicos.

O estudo sobre a superpopulação encarcerada e sobre as más condições higiênico-sanitárias evidencia o precário quadro atual do sistema prisional brasileiro e o grave problema de saúde pública relacionado à alta incidência de tuberculose entre a PPL. Dessa forma, é necessário analisar os programas e metodologias de controle de TB entre a população privada de liberdade para chegar-se ao real panorama da tuberculose no sistema prisional.

Conclusão

A despeito de melhoras significativas na incidência da doença no Brasil, a tuberculose no sistema prisional ainda é cerca de 31 vezes superior à notificada na população em liberdade. As pessoas privadas de liberdade ainda se encontram entre as populações mais vulneráveis à doença, equiparando-se àquelas que vivem com HIV. Isso evidencia o sério problema de saúde pública que é a TB, uma vez que o Brasil conta, atualmente, com mais de 600 mil encarcerados e com uma das taxas de aprisionamento mais alta do mundo.

Diante dessa crescente expansão da população privada de liberdade e das precárias condições a que ela está exposta, fica clara a necessidade da realização de novos estudos sobre a tuberculose no sistema carcerário, assim como a criação de ações que promovam a humanização dos privados de liberdade e dos funcionários do sistema prisional, sobretudo na esfera da saúde.

Deve-se enfatizar que a população intramuros não está completamente isolada, tornando-se fonte de transmissão da tuberculose para o restante da população, através de visitas, transferências e contato com os profissionais do presídio. Dessa forma, a garantia do acesso aos direitos do preso promoverá a melhoria de vida não só no cárcere, mas da população em geral, diminuindo o estabelecimento e propagação de doenças intra e extramuros e auxiliando no processo amplo de ressocialização do prisioneiro.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso. 7ª edição. Brasília, 2009. CID 10: A15 a A19. Caderno 7. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_bolso.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. vol. 47, nº 13, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>
4. Parvez FM. Prevention and control of tuberculosis in correctional facilities. In: Public health behind bars. Springer New York, 2007. p. 174-211.
5. Valença MS et al. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. Revista Ciência &



- Saúde Coletiva, 21(7):2147-2160, 2016.
6. Oliveira LGD. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. 2014. 148 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
 7. Valença MS et al. O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7):2111-2122, 2016.
 8. Garrido, R.G., Rodrigues, F. de S. Update in Tuberculosis. *Enfermagem Brasil*. 3(3), p.152-158, 2004.
 9. Kozakevich GV, Silva RM. Tuberculose: Revisão de Literatura. *Revista Arquivos Catarinenses de Medicina*. Florianópolis, v. 44, n. 4, p. 34-47, out-dez. 2015.
 10. Murray JF. A century of tuberculosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. New York, v. 169, n. 11, p. 1181-1186, June 2004.
 11. Junior WLC. Avaliação dos Casos de Tuberculose Notificados no Município de Londrina no Período de 2001 a 2008. 2011. 51 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.
 12. Gonçalves BD. Perfil Epidemiológico da Exposição à Tuberculose em um Hospital Universitário: uma proposta de monitoramento da doença. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
 13. World Health Organization (WHO). News Release. International consortium publishes the first Primer on Tuberculosis in Nature Reviews Disease Primers. London, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/tb/news-events/TBNaturePrimer.pdf?ua=1>
 14. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Tuberculosis (TB)- How TB Spreads. 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/howtbspreads.htm>
 15. Brasil. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Orientações. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11483-orientacoes>
 16. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Controle da Tuberculose: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. Rio de Janeiro, 6ª edição, EAD/ENSPB; 2008. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/81/control-da-tuberculose-uma-proposta-de-integracao-ensino-servico-%5B81-080909-SES-MT%5D.pdf>
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf
 18. Ferri AO et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. *Revista Liberato*. Novo Hamburgo, v.15, n.24, p. 105-212. 2014.
 19. Brasil. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Tratamento de Tuberculose. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11486-tratamento>
 20. Nogueira AF et al. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. *Revista Brasileira de Farmácia*. 93(1): 3-9, 2012.
 21. Brasil. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Coinfecções. 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt/14>
 22. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2016. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS. 1ª edição. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_manejo_coinfeccao_tb_hiv.pdf
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Plano Estratégico



- para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=965
25. Brasil. Portaria Interministerial nº1, de 2 de janeiro de 2014. Legislação em Saúde no Sistema Prisional. Brasília, v. 1, p.93. 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/legislacao_saude_sistema_prisional.pdf
 26. Machado VG. O fracasso da pena de prisão: alternativas e soluções. Revista Eletrônica Acadêmica de Direito. 2009.
 27. Lima RS, Paula L. Segurança pública e violência: o Estado está cumprindo seu papel?. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2014.
 28. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN). 2014. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>
 29. Brasil. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
 30. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm
 31. Macedo LR, Macedo CR, Maciel ELN. Vigilância epidemiológica da tuberculose em presídios do Espírito Santo. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2013; 26(2): 216-222.
 32. Minayo, MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 21(7):2031-2040, 2016.
 33. Sánchez A, Larouzé B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, v. 21, n. 7, p. 2071-2080, 2016.
 34. Martins MA. Cinco presos morrem por mês nos presídios do RJ, diz levantamento; maior parte é por doença. G1 Rio, Rio de Janeiro, 22 jun. 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/cinco-presos-morrem-por-mes-nos-presidios-do-rj-diz-levantamento-maior-parte-e-por-doenca.ghtml>
 35. Brasil. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional da Juventude. Mapa do Encarceramento: os jovens do Brasil. 2015. Disponível em: http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0010/1092/Mapa_do_Encarceramento_-_Os_jovens_do_brasil.pdf
 36. Linhares R. O Sistema Penal Brasileiro e Sua [In] Eficácia Quanto a Ressocialização do Preso. (2008). Monografia (Bacharel em Direito). Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu (SC).
 37. Dias W. Sistema penitenciário do estado do Rio registra 442 mortes de 2010 a 2016. R7, Rio de Janeiro, 22 jun 2017. Disponível em: <http://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/sistema-penitenciario-do-estado-do-rio-registra-442-mortes-de-2010-a-2016-22062017>
 38. Sacchi FPC et al. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, Brazil. Emerging Infectious Diseases. 21(3):452-455. 2015.
 39. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. Normas e Princípios das Nações Unidas sobre Prevenção ao Crime e Justiça Criminal. Brasília, 2009. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/projects/UN_Standards_and_Norms_CPCJ_-_Portuguese1.pdf