



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

MÁRCIO JOSÉ GARCIA BORGES

Aspectos epidemiológicos da Tuberculose no
Sistema Prisional em São José do Rio
Preto/SP

São José do Rio Preto

2014

MÁRCIO JOSÉ GARCIA BORGES

**Aspectos epidemiológicos da Tuberculose no
Sistema Prisional em São José do Rio
Preto/SP**

Dissertação apresentada
ao Programa de Pós
Graduação em
Enfermagem da
Faculdade de Medicina de
São José do Rio Preto
para obtenção do título de
Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Eli Gazetta
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Maria Amélia Zanon Ponce

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Borges, Márcio José Garcia

Aspectos epidemiológicos da Tuberculose no Sistema Prisional em São José do Rio Preto/SP (2007 a 2011) / Márcio José Garcia Borges. - 2014. 78 f.58: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2014.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Eli Gazetta

Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Amélia Zanon Ponce

1. Tuberculose. 2. Instituições penais. 3. Incidência.

MÁRCIO JOSÉ GARCIA BORGES

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Cláudia Eli Gazetta
Orientadora
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Profª Drª Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos
Membro Titular Interno
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Profª Drª Natália Sperli Geraldes Marin Dos Santos Sasaki
Membro Titular Externo
União Das Faculdades Dos Grandes Lagos – UNILAGO

Profª Drª Silvia Helena Figueiredo Vendramini
Membro Suplente Interno
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Profª Drª Renilda Rosa Dias
Membro Suplente Externo
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

São José Do Rio Preto
Dezembro De 2014

Sumário

Agradecimentos	i
Epígrafe	ii
Lista de figura	iii
Lista de Tabelas e Quadros	iv
Lista de Abreviaturas e Símbolos	v
Resumo	vi
1. Introdução	
1.1 Tuberculose: aspectos gerais	01
1.2 Tuberculose no sistema penitenciário	04
1.3 Justificativa	06
1. Objetivo	07
2.1 Objetivos específicos	08
2. Métodos	
3.1 Modelo do estudo	09
3.2 População de estudo	10
3.3 Local do estudo	13
3.4 Coleta dos dados	14
3.5 Análise dos dados	17
3.6 Limitações do estudo	18
3.7 Aspectos Éticos de Pesquisa	19
3. Resultados	19
4. Discussão	25
5. Considerações finais	31
Referências bibliográficas	33
Apêndices	37
Anexos	39

Agradecimentos

À Deus, pelo dom da vida e pela força e luz que tem direcionado meu caminho mesmo quando tudo está perdido.

Aos meus pais Noel e Maria que de forma especial sempre estiveram comigo mesmo que alguns momentos em pensamento e coração, sempre me apoiando com seu maior tesouro o "amor" que de forma inexplicável me faz seguir nessa jornada.

À Prof. Dra. Claudia, por acreditar que seria capaz mesmo quando a vida te leva a pensar que tudo está perdido, porém quando alguém crê na capacidade alheia está fortalecendo para que o outro possa continuar.

À Prof. Dra. Silvia que de forma direta acreditou que poderia realizar este estudo.

À Prof. Dra. Maria Amélia, pela dedicação e carinho durante esse tempo de luta e sua visão cheia de entusiasmo que me fez seguir adiante.

Aos Profs. Drs. Natália Sperli, Luciano Lourenço pelo apoio durante a realização deste.

À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, docentes do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e colegas do mestrado, pela oportunidade de compartilhar e realizar esse sonho vivenciando a cada dia as qualidades de cada um durante esse tempo, em especial à Isabela Rodrigues a qual agradeço o carinho, apoio e amizade.

Aos colegas do Mestrado do Programa de Promoção de Saúde da UNIFRAN, Luis Carlos, Whashington Rodrigues e Juliana Maria, por dividirem angústias e torcerem uns pelos outros mesmo longe iniciamos essa jornada e hoje os agradeço pelo carinho nos momentos mais difíceis.

À todos os meu amigos que me incentivaram a seguir, entre eles em especial Vinicius Guiraldelli que me fez acreditar que seria capaz de realizar esta jornada, e também de forma imprescindível ao amigo Lucas De Santi que tem acompanhado minhas lutas e de certa maneira como melhor amigo me fortalece a seguir a cada manhã mesmo quando os ventos parecem tomar outra direção da qual não desejo.

Aos docentes e coordenadores da União da Faculdade dos Grandes Lagos - UNILAGO pelo apoio durante esse período.

Respeitosos agradecimentos aos membros da banca de qualificação e defesa pelas contribuições.

"Foram-se os amores que tive ou me tiveram: partiram num cortejo silencioso e iluminado. O tempo me ensinou a não acreditar demais na morte nem desistir da vida. Cultivo alegrias num jardim onde estamos eu, os sonhos idos, os velhos amores e seus segredos, e a esperança que rebrilha como pedrinhas de cor entre as raízes."

Lya Luft.

LISTA DE FIGURA

- Figura 01.** Visualização esquemática dos casos de tuberculose notificados no **11**
município de São José do Rio Preto do sistema de informação TBWEB, 2007 a 2011.
- Figura 02.** Distribuição do número de casos de tuberculose na população geral e popula **21**
privada de liberdade no município de São José do Rio Preto, período de 2007 a 2011.
- Figura 03.** Distribuição do número de exames de baciloscopia de escarro, cultura **24**
escarro e anti-HIV realizados na população privada de liberdade, no município de São J
do Rio Preto, período de 2007 a 2011.
- Figura 04.** Distribuição dos casos de tuberculose na população privada de liberd. **25**
segundo desfecho do tratamento, no município de São José do Rio Preto, período de 200
2011.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 01. Variáveis selecionadas para o estudo com suas devidas categorizações, **15**
São José do Rio Preto/SP, 2013.

Tabela 01. Distribuição dos casos de tuberculose na população privada de liberdade **21**
segundo variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, no município de São José do Rio Preto, período de 2007 a 2011.

Tabela 02. Distribuição do número de casos de tuberculose e população exposta **26**
risco, coeficiente de incidência e risco relativo para a população geral e população privada de liberdade no município de São José do Rio Preto, período de 2007 a 2011.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

BAAR	Bacilo álcool-ácido-resistente
BK	Baciloscopia de Escarro
CCD	Coordenadoria de Controle de Saúde
CDP	Centro de Detenção Provisória
CPP	Centro de Progressão Parcial
CRF	Centro de Ressocialização Feminino
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRS	Departamento Regional de Saúde
GVE	Grupo de Vigilância Epidemiológica
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PRODESP	Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBWEB	Sistema de controle de pacientes com tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

Resumo

Resumo

Introdução: A tuberculose (TB) constituiu-se, nos dias atuais uma importante “pandemia”, considerando a situação da disseminação como relevante problema de saúde nas prisões, não só em termos de incidência e de prevalência, como também pela frequência de formas resistentes e na co-infecção pelo vírus do HIV. **Objetivo:** Analisar a situação epidemiológica da TB no sistema prisional no município de São José do Rio Preto/SP, notificados no período de 2007 a 2011. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo analítico tipo coorte retrospectivo realizado por meio de análise documental dos casos notificados de TB na população privada de liberdade das unidades prisionais localizadas em São José do Rio Preto/SP. A análise dos dados foi realizada pelo cálculo da incidência, risco relativo e intervalo de confiança, adotando-se o nível de significância de 95%. **Resultados:** Dos 770 casos de TB notificados entre 2007 e 2011, 16,6% ocorreram na população privada de liberdade. A incidência da TB população privada de liberdade foi maior do que na população geral em todo o período do estudo, com destaque para o ano de 2009. O risco de o indivíduo encarcerado contrair a TB é cerca de 30 vezes maior que o indivíduo em liberdade, sendo que em 2009 esse risco chegou a ser 43,2 (29,3-54,7) vezes maior. **Conclusões:** O isolamento do sistema de saúde nas instituições penais observado no país demonstra a fragilidade das políticas públicas existentes tanto na área jurídica quanto da saúde, além da indefinição de responsabilidade, gestão, recursos e da inexistência de fluxos e organização das ações entre setores de diferentes níveis da saúde.

Descritores: tuberculose, prisões, epidemiologia.

Abstract

Introduction: Tuberculosis constitutes nowadays a very important “pandemic”, considering the dissemination situation as a relevant health problem in prisons, not only as incidence and prevalence, but also by its resistant form frequency and in HIV co-infection. **Objective:** epidemiologic situation analysis of TB in São José do Rio Preto/SP prison system notified from 2007 to 2011. **Methods:** epidemiologic analytic descriptive study retrospective cohort-like realized by document analysis of notified TB cases in prison population in São José do Rio Preto/SP. Data analysis was made by incidence calculation, relative risk and confidence interval, adopting significance level of 95%. **Results:** of the 770 TB cases notified from 2007 to 2011, 16,6% occurred in prison population. The incidence of TB in prison population is higher than general population in the whole study, mostly in 2009. The risk of an inmate acquire TB is about 30 times higher than general population, and in 2009 this risk was 43,2 (29,3-54,7) times higher. **Conclusions:** the health system isolation in correctional institutions observed shows the fragility in judiciary and health public politics, besides the indefiniteness of responsibility, coordination, resources and the inexistence of organization logistics of actions among different levels of the health system.

Description: tuberculosis, prisons, epidemiology

Resumen

Introducción: La tuberculosis (TB) constituye hoy en día una "pandemia" importante, teniendo en cuenta la situación de la difusión como un importante problema de salud en las cárceles, no sólo en términos de incidencia y prevalencia, así como la frecuencia de las formas resistentes y la co-infección con el HIV. **Objetivo:** Analizar la situación epidemiológica de la tuberculosis en las cárceles de São José do Rio Preto / SP, reportado entre 2007 y 2011. **Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo analítico transversal llevado a cabo mediante el análisis documental de los casos de tuberculosis notificados de los presos de los centros penitenciarios ubicados en São José do Rio Preto / SP. El análisis de datos se realizó mediante el cálculo de la incidencia, riesgo relativo e intervalo de confianza, la adopción de un nivel de significación del 95%. **Resultados:** De 770 casos de tuberculosis entre 2007 y 2011, el 16,6% se produjeron en la población carcelaria. La incidencia de los presos con tuberculosis fue mayor que en la población en general a lo largo del período de estudio, sobre todo en el año 2009. El riesgo de la tuberculosis contratación individuo encarcelado es unas 30 veces mayor que el individuo en libertad, mientras que en 2009 este riesgo se convirtió en 43,2 (29,3-54,7) veces mayor. **Conclusiones:** El aislamiento del sistema de salud en las instituciones penales observado en el país demuestra la fragilidad de las políticas públicas existentes, tanto en el ámbito jurídico como de la salud, más allá de la inexistencia de la responsabilidad, la gestión, los recursos, y la falta de flujo y la organización de actividades entre sectores de los diferentes niveles de salud.

Descriptores: tuberculosis, prisiones, epidemiología.

1. Introdução

1.1 Tuberculose: aspectos gerais

A tuberculose (TB) é uma das doenças infecciosas documentadas desde mais longa data e que continua a afligir a humanidade nos dias atuais. É causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch, por meio das vias aéreas de um portador bacilífero, ou seja, que elimina os bacilos que infectam e causam a doença nos indivíduos ⁽¹⁾.

A TB pulmonar é a forma mais frequente da doença e considerada a mais importante para à Saúde Coletiva, por acarretar uma cadeia de transmissão junto à sociedade ao longo dos anos. Porém, o bacilo da TB pode afetar também outras áreas do nosso organismo: laringe, ossos e articulações, pele, glândulas linfáticas, intestinos, rins e o sistema nervoso ⁽¹⁾.

Considerada uma doença socialmente determinada, sua ocorrência está associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, modo de viver e trabalhar do indivíduo (miséria, desnutrição, cuidados inadequados com a saúde, dependências química, aglomerações), assim como à implementação de políticas de controle da doença. A grave situação mundial da TB está intimamente ligada ao aumento da pobreza, à má distribuição de renda e à urbanização acelerada, acarretando um ciclo negativo socialmente, já que atinge principalmente indivíduos que poderiam ser economicamente ativos ^(2,3).

Associados a estes fatores, o surgimento e a disseminação do HIV/AIDS acarretou na mudança no perfil epidemiológico da TB, aumentando a morbidade e mortalidade em todo o mundo. A infecção por HIV é o maior fator de risco para desenvolver a tuberculose ativa ⁽⁴⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o número anual de novos casos de doença no mundo seja em torno de 8,7 milhões, sendo que 80% concentrados em 22 países considerados como prioritários, entre eles o Brasil que se estabelece como 19º país em números de casos ⁽⁵⁾.

Acredita-se que haja anualmente 1,9 milhões de mortes por TB, 98% delas em países em desenvolvimento e cerca de 350.000 mortes em casos de associação da TB com HIV/AIDS. Caso a

gravidade deste quadro não se reverta, teme-se que, até 2020, um bilhão de pessoas seja infectado, 200 milhões adoeçam e 35 milhões possam morrer ⁽⁵⁾.

No Brasil estimam-se anualmente cerca de 80 mil casos novos por ano. Em 2006 o país se encontrava no 16º lugar da lista de países com maior carga de TB, já em 2009 passou a ocupar o 19º lugar; frente a este declínio no número de casos, espera-se até 2015 sair da lista de países prioritário da OMS ⁽⁵⁾.

Nos dias atuais pelo menos 5 mil mortes por ano são atribuídos à TB no país, sendo esta considerada a 7ª causa em custos com internação no Sistema Único de Saúde (SUS) por doença e a 1ª causa de morte em pacientes com AIDS ⁽⁶⁾.

Apesar da disponibilidade do tratamento gratuito realizado na rede pública de saúde do país e pelas estratégias para reduzir o abandono do tratamento por meio da supervisão da tomada da medicação, o controle da TB ainda é um desafio para a saúde pública, especialmente na população tida como mais vulnerável. Dentre as populações mais vulneráveis em relação à população geral, estão os indígenas (quatro vezes maior a incidência em relação a população geral); presidiários (40 vezes maior a incidência em relação a população geral); moradores de rua; alcoólatras e usuários de drogas (60 vezes maior em relação a incidência na população geral) ⁽⁶⁾.

Segundo Ayres et al. (1998), o conceito de vulnerabilidade é amplo e busca explicar as chances de exposição das pessoas ao adoecimento de uma determinada doença, no entanto, considera que a vulnerabilidade se conforma em diferentes planos interdependentes de determinação como a “vulnerabilidade individual”, “vulnerabilidade social” e a “vulnerabilidade programática”. Desta forma, os autores propõem que a vulnerabilidade a uma determinada enfermidade é resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também que se referem ao coletivo, ao contexto, ao social, regido por certas políticas sociais e de saúde que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas ⁽⁷⁾.

1.2 Tuberculose no Sistema Penitenciário

A TB constitui-se, nos dias atuais, uma importante “pandemia”, considerando a situação da disseminação como relevante problema de saúde nas prisões, inclusive nos países onde é baixa a endemicidade na população livre, não só em termos de incidência e de prevalência, como também pela frequência de formas resistentes e na co-infecção pelo vírus do HIV, potencializando assim a transmissão, morbidade e letalidade desta doença nesse cenário ^(2, 6, 8,9).

Essa doença tem um impacto direto na saúde coletiva, principalmente em indivíduos institucionalizados o que tem evidência clara quando se trata de presidiários tais indivíduos devido aos aspectos físicos das instituições que os matêm reclusos onde pode-se perceber a superlotação, falta de saneamento básico, condições precárias de higiene, somado ainda aos aspectos do próprio detento tais como alcoolismo associado, drogadição associada e muitas vezes a co-infecção pelo vírus do HIV que colocam tais presos a condições favoráveis ao adoecimento por TB ⁽¹⁰⁾.

A superlotação das unidades prisionais tem aumentado progressivamente no país esse número chega aproximadamente em torno de 200% à 300% de sua capacidade em unidades abrigam essa população, configurando-se como um aspecto favorável para infecção da TB nesse grupo de pessoas ⁽¹⁰⁾.

Mesmo com várias ações de controle implementadas pelos órgãos relacionados ao Programa de Controle de Tuberculose (PCT) alguns estudos têm abordado o negligenciamento de estratégias de caráter multisetorial para o controle da TB no interior das unidades prisionais ^(2,6,8,9).

No Brasil, embora os profissionais de saúde ligados ao sistema carcerário considerem, por sua experiência, que a TB é um grande problema entre os detentos, a magnitude do problema é pouco conhecida pela ausência, na maioria dos Estados brasileiros, de programas específicos de vigilância epidemiológica e de luta contra a TB na população carcerária ⁽¹¹⁾. Também são escassos os estudos que abordam a saúde da população prisional brasileira ⁽¹²⁾.

Os dados disponíveis atestam à gravidade da situação já que a incidência de casos entre os presidiários é 40 vezes maior de que na população geral, ainda sabendo que este número pode estar subestimado, tendo em vista o acesso ao serviço de saúde ser limitado pelas questões de segurança e organização interna da cadeia, da oferta e da qualidade do serviço, da motivação dos profissionais e da percepção que os doentes têm de seus sintomas ⁽¹³⁾.

Dentre as características da população do sistema prisional destaca a extrema mobilidade, tanto entre as unidades prisionais quanto ao retorno para o convívio social, tornando assim o indivíduo importante na cadeia de transmissão da doença, potencial transmissor da TB junto aos familiares que realizam visitas regularmente, aos funcionários que estabelecem em sua atividade laboral diária junto a esta população e à sociedade em geral ^(2, 6, 8, 9).

Outra característica está relacionada ao sexo e a idade, sendo a maioria do sexo masculino, entre 20 e 49 anos de idade, com baixos níveis de escolaridade e nível econômico, e fortemente associado à dependência química, nas mais variadas vertentes, como o tabagismo e com enfoque nas drogas injetáveis, além de práticas de sexo desprotegido, favorecendo também a transmissão do vírus do HIV, já apresentando altas taxas de infecção entre os indivíduos ^(2, 6, 8, 9, 11).

Em relação às condições de vida dentro das unidades prisionais, pode-se destacar a super lotação que induz os quadros de aglomeração de indivíduos e baixos níveis de higiene e estrutura física insalubre, tornando essa população vulnerável, ou seja, com alto risco de adoecimento e morte ^(2, 6, 8, 9, 11).

No cenário do sistema prisional podemos encontrar diversas barreiras para instituir ou sistematizar ações preventivas que poderiam ser efetivas para controle da TB, isto ocorre devido as peculiaridades sociais e à organização da rotina da instituição penal onde por questões de segurança neste serviço se confronta na possibilidades de ações por meio do profissionais de saúde que nelas atuam por serem considerados serviços coadjuvantes neste cenário onde a segurança está em primeiro lugar por se tratar de uma instituição que abriga indivíduos também de alta periculosidade ⁽⁹⁾.

1.3 Justificativa

Frente a este cenário, este estudo visa contribuir com um diagnóstico da situação da TB no sistema prisional do município de São José do Rio Preto, o qual poderá subsidiar futuras discussões sobre políticas e ações de saúde voltadas às necessidades desta população em situação de vulnerabilidade, além de contribuir para a orientação às práticas de saúde e Enfermagem relacionadas à assistência ao doente acometido por TB em instituição prisional.

Sabe-se que mesmo com todos os esforços governamentais e assistenciais para o controle da TB, ainda há muito que ser feito. Uma das ações prioritárias é a busca ativa de casos novos, que mesmo com inúmeras campanhas ainda hoje não consegue atingir o nível esperado de 1% da população, não apenas em nível regional, como em nível nacional.

2. Objetivo

Analisar a situação epidemiológica da tuberculose no sistema prisional do município de São José do Rio Preto/SP.

2.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar os casos notificados de tuberculose na população privada de liberdade segundo as condições sócio demográficos e epidemiológicas.
- Analisar a incidência da tuberculose no sistema prisional das unidades masculinas instaladas no município de São José do Rio Preto/SP.
- Estimar o risco relativo à privação de liberdade para transmissão da tuberculose no município de São José do Rio Preto.

3. Métodos

3.1 Modelo do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo analítico tipo coorte retrospectivo realizado por meio de análise documental dos casos notificados de TB na população privada de liberdade das unidades prisionais localizadas no município de São José do Rio Preto/SP, no período de 2007 a 2011.

3.2 População de estudo

Foram incluídos neste estudo todos os casos novos e recidivas de TB (pulmonares e extrapulmonares) notificados no período de 2007 a 2011 e registrados no TBWEB, como banco oficial de dados do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX (GVE 29) responsável pela gestão de tais dados (APÊNDICE 1).

Foram excluídos os casos de retratamento por abonodo e retratamento por falência, conforme apresentado na Figura 01. Não fizeram parte do estudo a população privada de liberdade do Centro de Ressocialização Feminino (CRF), que apesar de existir em São José do Rio Preto, não apresentou nenhum caso de TB no período de estudo.

Neste período, foram notificados 801 casos de TB no município de São José do Rio Preto, dos quais, de acordo com os critérios de inclusão deste estudo, a amostra final foi composta por 770 casos, sendo que 642 ocorreram na população geral e 128 na população privada de liberdade.

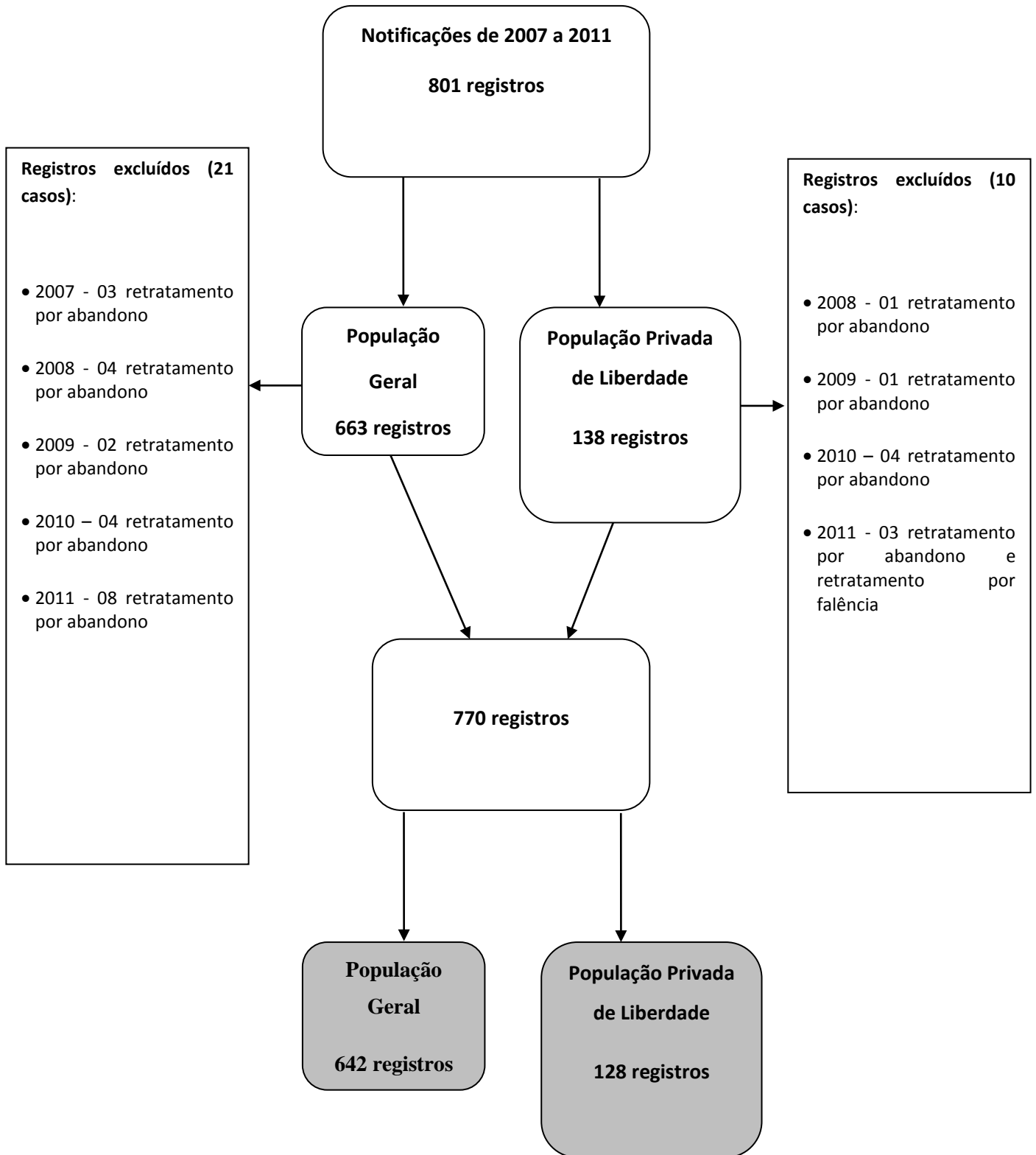


Figura 01. Visualização esquemática dos casos de tuberculose notificados no município de São José do Rio Preto do sistema de informação TBWEB, 2007 a 2011.

3.3. Local do estudo

Município brasileiro do noroeste paulista, com aproximadamente 408.258 habitantes, pertencente à DRS XV (Departamento Regional de Saúde) juntamente com mais outros 101 municípios, sendo considerado Pólo dessa macro-região. No município estão localizadas três unidades da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária: Centro de Detenção Provisória-CDP, Centro de Progressão Parcial-CPP, Centro de Ressocialização Feminino-CRF onde se encontram institucionalizados uma população de aproximadamente 3.000 detentos ⁽¹⁴⁾.

A rede de atenção a Tuberculose no município de São José do Rio Preto é formada pelos seguintes serviços:

- Nível 1: Unidades de Atenção Básica (Unidade Básicas de Saúde - UBS e Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF)
- Nível 2: Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase - ATH, Serviço de Atendimento Especializado – SAE (referência para coinfeção TB/HIV) e Ambulatório de Especialidades – AE (referência para o tratamento de crianças com tuberculose)
- Nível 3: Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (referência para resistência medicamentosa) e Hospital Nestor Goulart Reis de Américo Brasiliense (referência para tratamento em regime de internação)
- Rede diagnóstica:
 - ✓ Baciloscopia de escarro – UNILAB
 - ✓ Raio-x – Hospitais Ielar e Santa Casa
 - ✓ Teste tuberculínico (PPD) – UBS Central (aplicação) e Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase (aplicação e leitura)

As unidades de Atenção Básica à Saúde realizam as atividades de busca de casos novos, diagnóstico, tratamentos e controle dos comunicantes, com retaguarda dos serviços especializados – Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase (ATH) e serviço de Atendimento Especializado (SAE) para o acompanhamento dos casos mais complexos como TB extrapulmonar, multidrogarresistentes, intoxicação medicamentosa, falência no tratamento, casos de recidiva e retratamento e TB por micobactéria atípicas.

O ATH é o serviço responsável pela alimentação Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose do município (TB-WEB) e oferece suporte para os serviços de Atenção Básica, por meio de discussão de casos (contato telefônico e visitas institucionais), disponibiliza medicações, capacita os profissionais de saúde e supervisiona o trabalho dos mesmos no desenvolvimento das ações de controle da TB nestes serviços.

3.3.1. Sistema Prisional Masculino do município de São José do Rio Preto/SP

Centro de Detenção Provisória (CDP)

Tem capacidade para receber 768 detentos, mas atualmente está com cerca de 2060 pessoas. Tem como característica manter privados de liberdade indivíduos que foram presos recentemente, seja primário ou reincidente, até que possam ser julgados e transferidos às penitenciárias para cumprimento de pena, mantendo assim, uma alta rotatividade de pessoas.

Centro de Progressão Parcial (CPP)

Tem capacidade para receber 1000 detentos, e atualmente mantém cerca de 1.600. Sua característica é manter privados de liberdade pessoas que já passaram por diversas unidades prisionais, e em sua maioria esta em finalização de pena e até beneficiados por indultos.

A atenção aos casos do pacientes privados de liberdade portadores de TB é realizada dentro da própria instituição penal na qual está inserida. A equipe de saúde de cada unidade é responsável

para conduzir tal tratamento, ou seja, em cada equipe de saúde o tratamento é realizado conforme a política de descentralização do tratamento de acordo com o estabelecido pelo PNCT.

Os exames de baciloscopia são colhidos de todos os sintomáticos respiratórios e também são realizadas sistematicamente busca ativa de sintomáticos respiratórios de forma geral em todos os estabelecimentos. O tratamento conduz ao isolamento do indivíduo bacífero com acompanhamento médico e de enfermagem até que o mesmo tenha remissão na questão de ser um potencial transmissor, sendo que em casos de agravamento do quadro geral de saúde considerando em muitos casos a co-infecção pelo HIV, estes detentos são encaminhados aos serviços de referências para internação ou avaliação de especialista como Pneumologista e ou Infectologistas, considerando tais encaminhamentos raros diante da real necessidade dos reclusos no sistema penitenciário.

São utilizados para diagnóstico basicamente a baciloscopia, radiografia pulmonar de controle pós diagnóstico e demais sorologias (HIV, hepatite C, hepatite B e sífilis), como referência de laboratório para encaminhamento da baciloscopia para análise durante o período de estudo foi o Instituto Adolfo Lutz, para as sorologias o laboratório do Hospital de Base de São José do Rio Preto e para os exames radiológicos o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) também do município.

Na questão da baciloscopia o retorno do resultado cabe ressaltar que amplamente rápido, em torno de dois dias aproximadamente facilitando assim o início do tratamento, porém atualmente as baciloscopias são realizadas via convênio com município via UNILAB.

No município de São José do Rio Preto a vigilância da doença nos presídios acontece rotineiramente. Inicia-se com a realização de baciloscopia de escarro obrigatória no momento de inserção do indivíduo no ambiente, facilitando assim o diagnóstico precoce, assim como coleta de exames periodicamente entre todos os reclusos. Após diagnóstico, o acompanhamento do tratamento é feito pelas equipes, com o Tratamento Diretamente Observado e coleta mensal de

escarros para baciloscopias de controle, além da realização de exames complementares como HIV, Raio-X e outros.

3.4. Coleta de dados

Considerando a credibilidade dos resultados obtidos, foram selecionadas às variáveis com pelo menos 75% de completude. Sendo assim, algumas variáveis, mesmo com importância clínica e epidemiológica, foram excluídas da análise dos resultados, devido à falta de preenchimento no banco analisado.

Quadro 01. Variáveis selecionadas para o estudo com suas devidas categorizações, São José do Rio Preto/SP, 2013.

Variáveis	Categorias/Observações
Agrupamento etário	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente: de 10 a 19 anos de idade • Adulto: por não haver uma classificação oficial, foram considerados de 20 a 59 anos de idade. • Idoso: 60 anos ou mais de idade. <p>Segundo o Estatuto do Idoso (Lei nº10741 de 01 de outubro de 2003).</p>
Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum • De 1 a 3 anos • De 4 a 7 anos • De 8 a 11 anos • De 12 a 14 anos • Mais de 15 anos
Tipo de caso	<ul style="list-style-type: none"> • Caso novo • Recidiva
Forma clínica da TB	<ul style="list-style-type: none"> • Pulmonar • Extrapulmonar
Números de tratamentos de TB realizados	<ul style="list-style-type: none"> • Até um • Mais que um

Realização de Baciloscopia de escarro	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo • Negativo • Em andamento • Não realizado
Realização de Cultura de escarro	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo • Negativo • Em andamento • Não realizado
Realização de sorologia para HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo • Negativo • Em andamento • Não realizado
Problemas associados	<ul style="list-style-type: none"> • Coinfecção TB/HIV • Diabetes Mellitus • Dependência química: tabagismo, alcoolismo; uso de drogas ilícitas
Desfecho do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Cura • Óbito NTB / TB • Abandono / Faltoso • Mudança de diagnóstico • Transferência
Internações durante o tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados em duas etapas. Na primeira etapa foi realizado o cálculo da incidência da TB na população geral e na população privada de liberdade, a cada ano e para o período do estudo.

Para o cálculo da população em geral, foi utilizado como denominador, a população do município de cada ano, considerando os dados trazidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dados oficiais que permeiam o período que trata o estudo.

Para o cálculo na população privada de liberdade foi utilizado como denominador a população existente nos presídios no dia 01 de julho de cada ano. Em ambas as situações, considerou-se o número de casos por 10.000 habitantes.

Com esses dados, foi possível calcular a incidência da TB nas populações por meio da fórmula:

Coefficiente de Incidência = x 10ⁿ

Vale ressaltar que a TB possui uma classificação própria para os casos (caso novo, recidiva, retratamento por abandono e retratamento por falência). Para o cálculo da incidência, considerou-se no numerador como casos novos os indivíduos classificados como **caso novo de TB** (doente com TB que nunca usou ou usou por menos de um mês drogas antituberculosas) e **as recidivas** (doente de TB que já se tratou anteriormente e recebeu alta por cura, desde que o intervalo entre a data da cura e a data do diagnóstico da recidiva não ultrapassem cinco anos) por considerar que em ambos os casos tem o mesmo risco de contrair a doença.

Na segunda etapa foi calculado o risco relativo e o intervalo de confiança para verificar se há excesso de risco de transmissão de TB na população privada de liberdade (população exposta) em relação à população geral (população não exposta). Adotou-se o nível de significância de 95%.

Risco Relativo =

3.6 Limitações do Estudo

É possível que este estudo tenha algum viés devido algumas limitações encontradas como:

- **Obtenção das informações por meio de fontes secundárias** – a garantia de uma informação de qualidade depende da forma como essas informações foram preenchidas. Neste estudo foi possível identificar em algumas variáveis selecionadas a falta de informação de casos. A ausência de informações compromete a obtenção de indicadores específicos, dificultando as atividades de monitoramento.

Além disso, as variáveis relacionadas à dependência química (tabagismo, alcoolismo e uso de substâncias ilícitas) foram referidas pelos próprios doentes de TB, obtidas durante a notificação dos casos. Não foi realizada nenhuma outra forma de coleta de dados para averiguar a veracidade dessas informações.

- **Obtenção da população privada de liberdade** – por se tratarem de presídios cuja característica é a detenção provisória, a obtenção da população de cada ano para a análise dos dados foi dificultada pela alta rotatividade dos indivíduos. Por isso, optou-se neste estudo por utilizar nos cálculos a população do meio de cada ano, ou seja, julho.

- **Inclusão dos casos de recidiva no cálculo da incidência** – deve-se reconhecer que, embora tenham sido classificados como recidivas, é possível que casos sejam na verdade falência do tratamento. No entanto, como essa afirmação só poderia ser comprovada com testes específicos de biologia molecular, assumiu-se neste estudo que os casos novos de TB e as recidivas (sem questionamentos) têm o mesmo risco para contrair a doença.

3.7 Aspectos Éticos de Pesquisa

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, sob o protocolo CAAE: 04370412.2.00005415 (ANEXO 1).

4. Resultados

Dos 770 casos de TB notificados entre 2007 e 2011 e que compuseram a amostra deste estudo, 642 (83,4%) ocorreram na população geral e 128 (16,6%), na população privada de liberdade. Destaca-se o ano de 2011 onde foram notificados mais casos de TB tanto na população geral (n=145) quanto na população privada de liberdade (n=32), Figura 1.

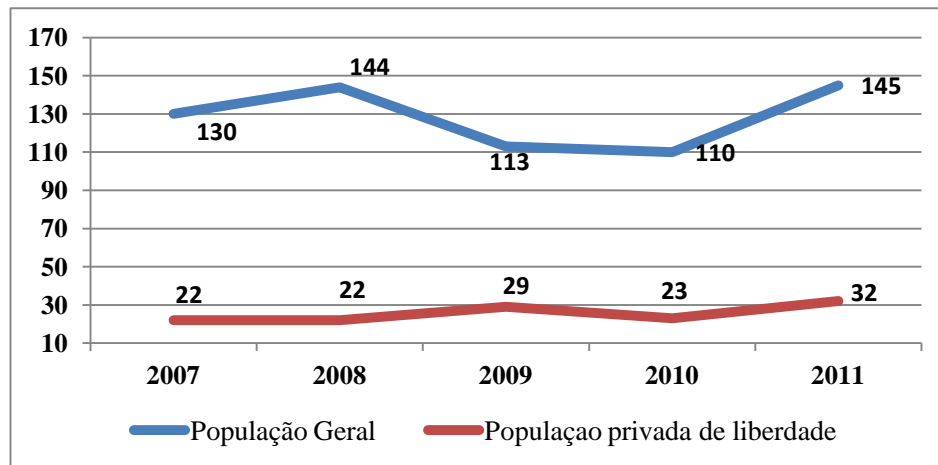


Fig.2. Distribuição do número de casos de tuberculose na população geral e população privada de liberdade no município de São José do Rio Preto, período de 2007 a 2011.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e epidemiológica dos casos notificados na população privada de liberdade, no período de 2007 a 2011.

Encontrou-se que entre a população privada de liberdade com TB no período de 2007 a 2011, a maioria dos casos eram adultos (tabela 1), principalmente na faixa etária dos 20 a 29 anos (49,2%), seguido da faixa etária dos 30 a 39 anos (32,8%).

Houve predomínio de indivíduos com 4 a 7 anos de estudos concluídos, sendo que não se encontrou nenhum que possuía mais de 15 anos de estudo, embora em 14,9% dos casos não tenha sido encontrado essa informação (tabela 1).

A maioria dos doentes eram casos novos de TB pulmonar e realizaram apenas uma vez o tratamento da doença (tabela 1).

Em relação aos exames solicitados, encontrou-se que durante o período de 2007 a 2011, 95,3% dos indivíduos realizaram baciloscopia de escarro, 83,6% realizaram cultura de escarro e 94,5% realizaram o exame para detectar o HIV.

Dos doentes realizaram a baciloscopia de escarro, houve uma positividade de 70,3% e de 63,3% para as culturas de escarro realizadas. A maioria dos exames de HIV foi negativo, no entanto em 3,1% dos casos o exame não foi realizado (tabela 1).

A taxa de coinfeção TB/HIV entre a população privada de liberdade foi de 14,1% durante o período estudado, sendo que os anos de 2007 e 2008 os que apresentaram as maiores taxas, correspondendo a 27,3% e 22,7% dos casos, respectivamente.

Entre os outros problemas de saúde associados, não encontrou-se nenhuma associação entre a TB e a diabetes mellitus. Em relação ao uso de substâncias químicas, 10,2% dos casos referiram drogadição, 5,5% alcoolismo e nenhum caso referiu tabagismo (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos de tuberculose na população privada de liberdade segundo variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, no município de São José do Rio Preto, período de 2007 a 2011.

Variáveis	Categorias	População privada de liberdade	
Agrupamento etário	Adolescente	3	2,2%
	Adulto	134	97,1%
	Idoso	1	0,7%
Escolaridade	Nenhum	5	3,9%
	De 1 a 3 anos	15	11,7%
	De 4 a 7 anos	57	44,5%
	De 8 a 11 anos	29	22,7%
	De 12 a 14 anos	3	2,3%
	Mais de 15 anos	0	0,0%
	Sem informação	19	14,9%
Tipo de caso	Caso novo	117	91,4%
	Recidiva	11	8,6%
Forma clínica da TB	Pulmonar	121	95,5%
	Extrapulmonar	7	5,5%
Números de tratamentos de TB realizados	Um	113	88,3%
	Mais que um	15	11,7%
Realização de Baciloscopia de escarro	Positivo	90	70,3%
	Negativo	32	25,0%
	Em andamento	0	0,0%
	Não realizado	5	3,9%
	Sem informação	1	0,8%

Realização de Cultura de escarro	Positivo	81	63,3%
	Negativo	26	20,6%
	Em andamento	6	4,7%
	Não realizado	15	11,7%
Realização de sorologia para HIV	Positivo	20	15,6%
	Negativo	101	78,9%
	Em andamento	2	1,6%
	Não realizado	4	3,1%
Coinfecção TB/HIV	Sem informação	1	0,8%
	Sim	18	14,1%
Diabetes Mellitus	Não	110	85,9%
	Sim	0	0,0%
Tabagismo referido	Não	128	100,0%
	Sim	0	0,0%
Alcoolismo referido	Não	128	100,0%
	Sim	7	5,5%
Drogadição referida	Não	121	94,5%
	Sim	13	10,2%
Desfecho do tratamento	Não	115	89,8%
	Cura	95	74,2%
	Óbito NTB / TB	7	5,5%
	Abandono / Faltoso	24	18,8%
	Mudança de diagnóstico	1	0,8%
Internações durante o tratamento	Transferência	1	0,8%
	Sim	20	15,6%
	Não	108	84,4%

A figura 3 mostra a distribuição da realização dos exames de baciloscopia, cultura de escarro e sorologia para o HIV durante o período estudado. Observa-se que a partir de 2009 a realização dos três exames teve um aumento importante, em 2010 retorna a declinar, voltando a aumentar em 2011, ano em que 100% dos casos já realizavam o exame anti-HIV.

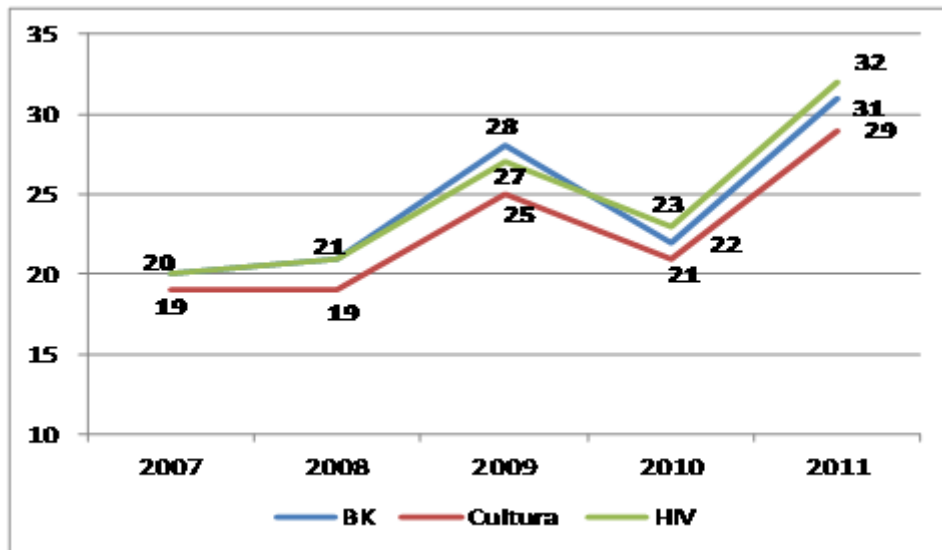


Fig.3. Distribuição do número de exames de baciloscopia de escarro (BK), cultura de escarro e anti-HIV realizados na população privada de liberdade, no município de São José do Rio Preto, período de 2007 a 2011.

A maioria dos casos tratados no período teve como desfecho a cura (74,2%), tabela 1.

Observa-se pela Figura 4 que as taxas de cura tiveram aumento significativo a partir de 2010, atingindo mais de 80,0% dos casos, enquanto que as taxas de abandono foram decrescendo, embora, durante o período estudado, o abandono foi de 18,8% (tabela 1).

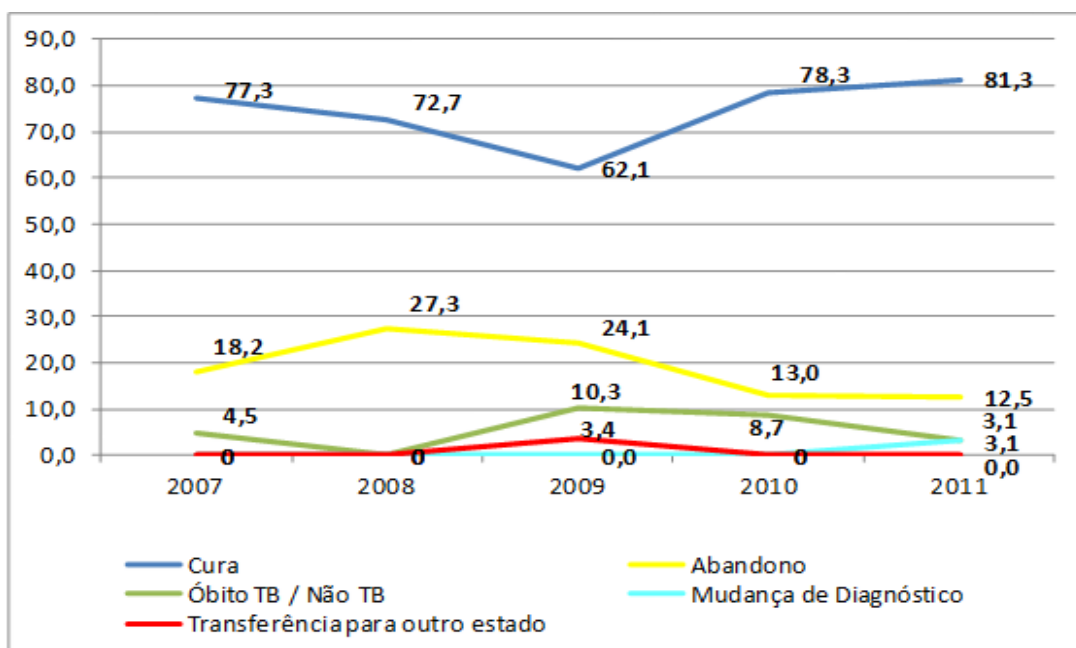


Fig.4. Distribuição dos casos de tuberculose na população privada de liberdade segundo desfecho do tratamento, no município de São José do Rio Preto, período de 2007 a 2011.

A incidência da TB população privada de liberdade foi maior do que na população geral em todo o período do estudo, com destaque para o ano de 2009 em que a incidência da TB foi 38% maior entre os indivíduos apenados do que na população geral (Tabela 2).

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre a TB e a população privada de liberdade e por meio do risco relativo (tabela 2) foi possível verificar que o risco do indivíduo encarcerado contrair a TB é cerca de 30 vezes maior que o indivíduo em liberdade, sendo que em 2009 esse risco chegou a ser 43,2 (29,3-54,7) vezes maior.

Tabela 2. Distribuição do número de casos de tuberculose e população exposta ao risco, coeficiente de incidência e risco relativo para a população geral e população privada de liberdade no município de São José do Rio Preto, período de 2007 a 2011.

Ano	População exposta	Nº casos	População	CI*	Risco Relativo	IC
2007	<i>População geral</i>	130	402.770	3,2	31,7	20,4 – 50,2
	<i>Pop. Privada de Liberdade</i>	22	2.151	102,3		
2008	<i>População geral</i>	144	414.272	3,5	28	18,1 – 44,2
	<i>Pop. Privada de Liberdade</i>	22	2.258	97,4		
2009	<i>População geral</i>	113	419.632	2,7	43,2	29,1 – 65,6
	<i>Pop. Privada de Liberdade</i>	29	2.492	116,4		
2010	<i>População geral</i>	110	408.258	2,7	34,6	22,3 – 54,7
	<i>Pop. Privada de Liberdade</i>	23	2.464	93,3		
2011	<i>População geral</i>	145	412.075	3,5	31	21,4 – 45,8
	<i>Pop. Privada de Liberdade</i>	32	2.936	109		

*Coeficiente de Incidência por 100.000 habitantes

5. Discussão

O presente estudo confirma o potencial de transmissão de TB em espaços fechados, especialmente, nas prisões, o qual é superior à população geral.

No que diz respeito aos aspectos demográficos, a literatura mostra que no Brasil, quase que a totalidade dos indivíduos privados de liberdade é composta por homens (93%), jovens entre 18 e 29 anos de idade, sendo 31% da população com menos de 24 anos de idade ^(2, 15), corroborando com os resultados do estudo.

Ressalta-se que a escolaridade apresentada neste estudo está coerente com os dados obtidos da população prisional brasileira e em outros estudos realizados para caracterizar casos de TB em unidades prisionais em todo país, evidenciando a baixa escolaridade entre esses indivíduos (grande parte não concluíram o ensino fundamental), o que comprova a carência no nível de instrução educacional na população estudada, retratando as condições do Brasil (3)

Este cenário mostra a seletividade social e penal, traduzida por população marginalizada sem condições financeiras para sua defesa na justiça, totalmente dependente de órgãos públicos, na maioria insuficiente e pouco efetiva ⁽²⁾.

As populações encarceradas representam um sério problema para o controle de doenças infectocontagiosas, em especial a TB e a Aids ⁽⁸⁾. Segundo dados do InfoPen - Sistema Integrado de Informações Penitenciárias, a taxa de encarceramento no Brasil, no ano de 2010 era de 258,11 pessoas privadas de liberdade para cada grupo de 100 mil habitantes, com um crescimento anual de aproximadamente 5 a 7% ao ano ⁽²⁾. Um dos principais motivos para o aumento da população prisional é a difusão da dependência química, contribuindo também para o crescimento da violência do país ⁽⁸⁾.

Com este crescimento, o déficit de vaga acaba sendo o principal motivo que leva a superlotações nas prisões do país, agravando as questões relacionadas à violação dos direitos humanos, com celas populosas, em condições insalubres, indivíduos ociosos e precariedade da assistência jurídica e de informação sobre os processos penais ⁽²⁾.

O dever de cumprir a custódia que o país tem com relação às pessoas privadas de liberdade vai além das questões sociais, mas também insere neste contexto deficiências relacionadas à saúde. É sabido que há inúmeros determinantes que influenciam no processo saúde-doença, e neste cenário prisional, há muitas condições negativas que desfavorecem os cuidados com a saúde, inclusive no que se refere à transmissão da TB, inclusive na concepção de saúde como um privilégio do detento e não como um direito ⁽²⁾. A aglomeração populacional carcerária contribuem para o aumento do risco do adoecimento por TB já que a principal forma clínica neste encontrada neste estudo foi a pulmonar nos casos novos.

A inserção de um indivíduo em um sistema penitenciário no nosso país é o mesmo que rotulá-lo por ter transgredido a ordem, penalizando-o várias vezes, suprimindo seu direito de ir e vir, impedindo-se de exercer a cidadania, seus direitos econômicos, sociais, culturais e políticos, além de omitir apoio e com um agravante da banalização do processo de institucionalização da violência, incidindo na desigualdade social ⁽¹⁵⁾.

As instituições penitenciárias têm sistema de Saúde com atuação própria da Secretária de Administração Penitenciária (SAP), cumprindo a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1777/2003 que estabelece a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário, tendo por base os princípios e diretrizes do SUS, orientadas na lógica da atenção básica ^(2, 15).

Mas atualmente os sistemas prisionais enfrentam desafios como: poucos investimentos na área da saúde voltados para esta população vulnerável, falta de políticas públicas específicas, problemas administrativos, dificuldade de articulação com as redes assistenciais à saúde, visto a particularidade dos indivíduos em questão, alta complexidade dos problemas de saúde presentes, elevada rotatividade destes indivíduos o que dificulta a conclusão de um tratamento de maneira efetiva, além das questões sociais já ditas anteriormente.

O detento além de ser fortemente vulnerável a desenvolver a doença frente a todos os aspectos propícios dentro do ambiente presidiário, enquanto portador causa impacto relevante para a sociedade no que concerne à transmissão mesmo em situação privada de liberdade, isto, pois,

ainda que restrito a um ambiente mantém vínculos com a sociedade externa através das visitas que recebe rotineiramente, com o relacionamento entre os profissionais que atuam na instituição, no cumprimento de pena em regime semiaberto, nos indultos, no retorno após o cumprimento da pena e até nos episódios de fuga. Este ciclo de transmissão acarretado leva a um descontrole da doença em “mão-dupla”, tanto dentro do sistema prisional quanto para a sociedade externa ⁽⁸⁾.

A necessidade de fortalecer estratégias de prevenção e fortalecer a adesão ao tratamento da TB em pacientes que vivem em instituições prisionais deve partir das ações de todos os indivíduos inseridos neste contexto. Frente a essa realidade, a vulnerabilidade que abarca todo o contexto de assistir um paciente com TB neste cenário extrapola os muros de tais unidades, devido ao contexto social e econômico que pode ser pré-determinante quando o indivíduo é inserido junto ao sistema prisional, considerando a função das equipes de saúde sejam abrangentes ao lidar com tal indivíduo que é inserido junto ao sistema ⁽²⁾.

Nas instituições penais do município de São José do Rio Preto, os pavilhões hospitalares, ainda que reformados há pouco tempo, não tem estrutura física apropriada para o atendimento em saúde, principalmente no que se refere a doenças infectocontagiosas como a TB. Os locais são pequenos, com pouca ventilação e por vezes é necessário o improvisado por parte da equipe de saúde para suprir as necessidades de saúde dos indivíduos.

O acesso à saúde desses indivíduos é garantido pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, “Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” ⁽¹⁶⁾. Entretanto, esta posição muitas vezes é negligenciada quando se trata de pessoas privadas de liberdade, já que os níveis municipais e estaduais não assumem suas competências de prestação da assistência à saúde na prática e ainda omitem a população carcerária nos planos de saúde.

Dizer que não assumem suas competências significa que, por vezes os indivíduos necessitam de atendimentos específicos, não presentes dentro do Sistema de Saúde Penal, de especialidades médicas, exames e/ou procedimentos, sendo necessário assim o encaminhamento para outro setor de saúde externo, e inúmeros obstáculos aparecem, como recusa no agendamento, falta de fluxos pré-

definidos, falta de flexibilidade frente às peculiaridades dos indivíduos, como imposição de horários e outros. Contudo, o município recebe mensalmente inserido no Piso da Atenção Básica Variável um valor acrescido, já que o município conta com penitenciárias, conforme Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 ⁽¹⁶⁾.

Mais uma vez, a lei orgânica em saúde vigente no país não é respeitada, tendo em vista um os princípios do Sistema Único de Saúde ser desrespeitados na assistência à saúde, como a equidade e a integralidade, excluindo a população encarcerada da população em geral ⁽¹⁷⁾.

A reconhecida desigualdade social presente no país reflete diretamente nos aspectos relacionados à saúde, destacando o grupo populacional privado de liberdade que correm riscos frequentes de adoecimento pelo próprio sistema de encarceramento, sendo este um motivo forte para se repensar políticas de saúde voltadas para a população prisional, orientando as necessidades e peculiaridades deste grupo buscando a construção da equidade em saúde ⁽²⁾.

Com relação à presença da TB no sistema prisional, estudos comparativos mostram que a incidência da doença entre a população reclusa apresenta elevadas taxas com relação à população livre no país como um todo. Dados de 2007 indicam uma incidência de 5% de casos notificados na população prisional. Estudo realizado no Rio de Janeiro em 2004 mostrou que a incidência da TB foi 30 vezes maior na população reclusa e a prevalência variou de 4,6% e 8,6%. ^(2, 9).

Neste estudo, apesar do número de casos serem maior entre a população livre, o cálculo de incidência também se sobressaiu entre a população encarcerada com relação à população total, com destaque para 2009 e os anos subsequentes.

Apresenta-se, portanto, uma forte associação de risco para tuberculose entre os indivíduos privados de liberdade em relação a população geral, tal dado fundamenta a necessidade de se fortalecer as ações de controle dentro de tais instituições, dado que ultrapassa que a maioria dos estudos tem apresentado que esse risco seria em torno de 30 á 40 vezes ⁽¹⁸⁾.

As possíveis hipóteses que justificam esta magnitude dentro do sistema penitenciário são: a insalubridade dos locais, as precárias condições de encarceramento (celas superlotadas, mal

ventiladas, escuras); as condições de vida das pessoas privadas de liberdade antes da sua entrada no presídio, a maioria pertence a uma classe socioeconômica desfavorecida, com baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dependência química, HIV/Aids, enfim situações de alto risco para a transmissão e desenvolvimento da TB ⁽²⁾.

Outro fato relevante que no ano de 2009 foram implantadas nos presídios equipes de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos) por meio de concurso público estadual, o que acarretou em impacto direto das ações promovidas como medidas de controle da TB (busca ativa sistemática, tratamento efetivo com TDO), o que pode ser evidenciado nos resultados deste estudo quanto ao aumento da solicitação e coleta de exames e das taxas de cura, embora ainda abaixo do preconizado, bem como a redução do abandono. Por ser tratar de uma instituição em regime fechado, o tratamento supervisionado acaba ocorrendo com maior sucesso e quando o indivíduo é transferido para a penitenciária ou outra instituição do Sistema Penitenciário, ocorre à comunicação prévia e a transferência do tratamento da TB.

Considerando a gravidade da situação do encarceramento como fator de impacto positivo na transmissão da doença neste contexto, as equipes inseridas nos anos de 2009 procuraram fortalecer as ações de controle da TB neste cenário.

Além disso, a literatura traz a precariedade da vigilância das ações de TB dentro do sistema prisional, isto, pois, apesar dos inúmeros esforços por parte das equipes de saúde, ainda que escassas, a alta rotatividade dos indivíduos não possibilita o acompanhamento efetivo do tratamento, e dificulta o encerramento do caso, assim como mostra o estudo realizado em Campinas, na série históricas de 1993 a 2000, que obteve 31,8% de casos com encerramento em branco no sistema de informação ⁽²⁾.

6.Considerações finais

De forma geral a incidência dos casos de TB no presídio se apresenta alta diante dos esforços dispensados pela equipe de saúde que atuam neste cenário, cujas peculiaridades relacionadas a própria composição desta população como também a questão social, os achados deste deixam explícitos o risco em que os indivíduos nas prisões tem como fardo para o adoecimento por TB.

O isolamento do sistema de saúde nas instituições penais observado no país e destacado neste estudo reflete a fragilidade das políticas públicas existentes tanto na área jurídica quando da saúde, quanto à definição de responsabilidade e gestão e recursos, além da inexistência de fluxos e organização das ações entre setores de diferentes níveis da saúde.

Dado os dados expostos e refletindo sobre o impacto da doença nos sistemas prisionais, que acarreta um ciclo de transmissão entre ambiente interno e sociedade externa, onera o SUS e mais uma vez infringe a Lei Orgânica da Saúde, já que duplica os meios para os fins idênticos, é imprescindível a mudança de concepção de saúde não mais como privilégio, mas como direito de todo cidadão, abandonando o medo, o preconceito e o estigma gerado para o controle efetivo da doença na população em geral, uma vez que os indivíduos apenados estão em movimento contínuo seja dentro do próprio sistema penitenciário como também de volta a sociedade.

No entanto, torna-se necessário o fortalecimento das ações já prevista de controle da TB neste cenário por meio das legislações vigentes com o intuito da redução deste agravo, envolvendo as áreas afins, como segurança, saúde e educação a esta população, considerando esta população com uma parcela da sociedade exposta diretamente que gera um impacto negativo na perspectiva do controle da doença no âmbito da saúde coletiva. Caso tais condutas articuladas entre todos os setores envolvidos nesta temática não unam seus esforços tal agravo ainda se manterá como um agravo secular que afeta milhares de pessoa atualmente como um sério problema de saúde coletiva, considerando a coinfeção pelo HIV e a vulnerabilidade social que cada vez mais lota um sistema prisional ainda incipiente no que se diz a estrutura física e de capacidade de efetivar ações de controle da TB gerando assim um ciclo de transmissão deste agravo.

Referências


1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Dalva Cezar da Silva; Teresinha Heck Weiller; Elaine Miguel Delvivo Farão. DESCRIÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE EM PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS Revista Contexto & Saúde, Ijuí 2011; 10 (20): 893-898.
3. ALQUIMIM, A. F. Comportamento de risco para HIV em população carcerária de Montes Claros (MG). Montes Claros, 2014; 16 (1): 48-54.
4. Barbosa IR, Costa ICC. A emergência da infecção tuberculose - HIV no Brasil. Hygeia. 2012; 8(15):232-244.
5. Organização Municipal de Saúde. Global Tuberculosis Report. Genebra; WHO; 2013.
6. Sánchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro: uma urgência de saúde pública. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(3):545-552.
7. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16(2):669-675.
8. Ferreira Júnior, S. et al Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde, Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(1):100-13.
9. Souza KMJ, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2012 Jan-Mar; 21(1): 17-25.

10. Lima RCM, Junior AOC, Santos LCP. Tuberculose no complexo prisional de Aparecida de Goiânia-GO. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2012; 16,(1):43-53.
11. Nogueira PA, Abrahão RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*. 2009; 12(1): 30-8.
12. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8):1887-96.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
14. Brasil 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010.
15. Machado JF. Sistema penitenciário e acesso à saúde: possibilidades e limites do controle social [dissertação]. Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Humanas. Departamento de Serviço Social, 2013.
16. Ministério da Saúde (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria GM n. 648, 28 de Março 2006. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
17. Ministério da Saúde (BR). Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

18. Carvalho LGM, Buani AZ, Zöllner MSAC, Scherma AP. Co-infecção por Mycobacterium tuberculosis e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP) J Bras Pneumol. 2006; 32(5):424-9.


Apêndices

Ficha de notificação compulsória de Tuberculose.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE



AG RÁVIO ASSOCIADOS

HIV
 Diabetes Mellitus
 Hipertensão
 Doença renal crônica
 Doença hepática
 Doença cardíaca
 Doença pulmonar crônica
 Doença autoimune
 Doença infecciosa
 Doença oncológica
 Doença neurológica
 Doença psiquiátrica
 Doença hematológica
 Doença endócrina
 Doença osteoarticular
 Doença dermatológica
 Doença oftalmológica
 Doença otorrinolaringológica
 Doença ginecológica
 Doença urológica
 Doença pediátrica
 Doença geriátrica
 Doença de transplante
 Doença de imunossupressão
 Doença de infecção por HIV
 Doença de infecção por outros vírus
 Doença de infecção por bactérias
 Doença de infecção por fungos
 Doença de infecção por parasitas
 Doença de infecção por outros agentes

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

CPF: _____

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

Endereço: _____

Profissão: _____

Formas clínicas: Pulmonar Extrapulmonar

Notificação: Primária Secundária

Tipo de tratamento: Convencional Antituberculose específica

Formas clínicas: Pulmonar Extrapulmonar

Notificação: Primária Secundária

Tipo de tratamento: Convencional Antituberculose específica

DIAGNÓSTICO E TIPO DE TRATAMENTO

Diagnóstico: Pulmonar Extrapulmonar

Tipo de tratamento: Convencional Antituberculose específica

INTERNAÇÃO

Local: _____

Data de internação: _____

Data de alta: _____

Tipo de internação: Hospitalar Ambulatorial

CONTATOS

Nome	Idade	Tipo de contato (parente, colega, etc.)

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames realizados: Radiografia Tomografia Cultura Teste de sensibilidade

Resultados: _____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

1. Todo e qualquer doente a quem for iniciado tratamento de tuberculose, seja ele caso novo, recidiva, retratamento após abandono ou recebido por transferência, mesmo que já tenha sido notificado anteriormente. Pacientes de tratamento com novo esquema vem também ser notificados.

2. Doente identificado por exame bacteriológico positivo, mesmo sem início de tratamento.

3. Doente que tenha sido identificado como latente após o diagnóstico.

Prazo de envio: Enviar para digitação no prazo máximo de 1 semana. Os exames e em andamento não devem atrasar esse envio - eles serão atualizados oportunamente.

Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SP.

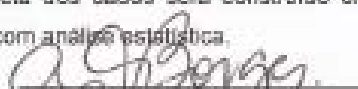
Pesquisador Responsável: Márcio José Garcia Borges

Telefone para contato: (17) 9773 3315 / (17) 9197 5931.

Orientador da Pesquisa: Profa. Dra. Cláudia Eli Gazetta.

Telefones para contato : (17) 3201 5721.

Descrição da Pesquisa: Trata-se de um estudo Descritivo-Epidemiológico por meio de análise documental de caráter secundário sem abordagem direta a indivíduos, com base nas variáveis e indicadores de saúde no tratamento de Tuberculose nos três modelos de regime prisional no município de São José do Rio Preto, identificados no sistema de informação no Programa de Controle Tuberculose do banco de dados TBWEB da Secretária Estadual de Saúde SP no Grupo de Vigilância Epidemiológica 29. O objetivo principal do estudo é analisar a prevalência de Tuberculose em detentos no sistema penitenciário de São José do Rio Preto SP, com base nas variáveis e indicadores de saúde no tratamento de Tuberculose do PCT neste contexto. Será realizada a inclusão dos apenados na pesquisa que apresentarem diagnóstico de "Tuberculose" em um período de 6 meses e serão acompanhados durante o tratamento e evolução dos casos por 8 meses. As variáveis que serão levantadas as Sócio-demográficas (idade, sexo, tipo de unidade prisional, escolaridade) e Clínico-epidemiológicas (serviço de saúde de atendimento/diagnóstico, tipo de descoberta, forma clínica, história de tratamento, agravos associados, hospitalização durante tratamento e encerramento do caso). Análise quantitativa será realizada após a coleta de dados provenientes das fichas de notificação individual dos casos positivos de TB de pacientes inseridos no sistema prisional do campo de estudo, no banco de dados eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) no Grupo de Vigilância Epidemiológica 29 (GVE 29) pelo Sistema de Informação TBWEB, após a coleta dos dados será construído um banco de dados eletrônico em plataforma ainda a ser definida com análise estatística.


Márcio José Garcia Borges

• **CONSENTIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS PARA PESQUISA.**

Eu Julza Gomes de Souza RG 8394155-d, abaixo assinado, concordo em fornecer dados necessários para a pesquisa "ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SP" Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como a ausência de riscos relacionada a coleta de dados e sobre os possíveis benefícios posteriores à pesquisa, e ausência de qualquer honorário a Instituição a qual represento como interlocutor do Programa de Controle Tuberculose Grupo de Vigilância Epidemiológica 29.

Local e data São José do Rio Preto 19/ junho/ 2012 /

Nome: Julza Gomes de Souza

Assinatura: Julza Gomes de Souza

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – CEP/FAMERP
 Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Vila São Pedro – Fone/fax: 17 – 2105700 ramal 5813.
 São José do Rio Preto – SP

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que:

- Tenho ciência dos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e que cumprirei os mesmos;
- Que tomarei público os resultados do projeto de pesquisa "ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SP "sejam eles favoráveis ou não"";
- Que há infra-estrutura necessária para o desenvolvimento do referido projeto.

São José do Rio Preto, 19 de Junho de 2012.

Márcio José Garcia Borges
 Endenário
 COREN/SP. 189.112

Responsável pelo projeto

Milza Aquino
 Nome e Setor
 Núcleo de Saúde
 Coletiva
 FAMERP-SP 18-800
 4.42.27-246-715

Nome e Setor

Calidina G. Souza
 Prof. Dra. Calidina G. Souza
 Orientador
 40.42.27-44232

Marilene Souza dos Santos
 Nome e Setor
 Prof.ª Dr.ª Marilene Souza dos Santos
 Chefe do Dept. de Enfermagem em Saúde
 Coletiva e Orientação Profissional

Nome e Setor

Obs: Solicitar assinaturas e carimbos de todos os responsáveis direta e indiretamente por essa pesquisa, por exemplo: responsáveis pelo departamento, disciplina, serviço, andar, médicos e chefia de enfermagem responsável pelo sujeito da pesquisa (paciente).

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

PROJETO DE PESQUISA

Título: ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SP

Área Temática:

Pesquisador: MÁRCIO JOSÉ GARCIA BORGES

Versão: 1

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

CAAE: 04370412.2.0000.5415

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 53494

Data da Relatoria: 10/07/2012

Apresentação do Projeto:

A Tuberculose (TB) constitui, em várias partes do mundo, um importante problema de saúde nas prisões. Inclusive nos países onde é baixa a endemidade na população livre, não só em termos de incidência e de prevalência, como também pela frequência de formas resistentes. No Brasil, embora os profissionais de saúde ligados ao sistema carcerário considerem, por sua experiência, que a TB é um grande problema entre os detentos, a magnitude do problema é pouco conhecida pela ausência, na maioria dos Estados brasileiros, de programas específicos de vigilância epidemiológica e de luta contra a TB na população carcerária. (NOGUEIRA, 2009) Os dados disponíveis atestam a gravidade da situação, pode se considerar que seja provavelmente mais grave quando consideramos que incidência do número de casos entre os presidiários sejam 40 vezes maior de que na população geral. Esta incidência pode estar subestimada já que dependem do acesso ao serviço de saúde, geralmente limitado pelas questões de segurança e organização interna da cadeia, da oferta e da qualidade do serviço, da motivação dos profissionais e da percepção que os doentes têm de seus sintomas. (BRASIL, 2002) Para avaliar de maneira mais precisa a dimensão da forma de diagnóstico e tratamento da TB nas prisões do município de São José do Rio Preto considerando a ausência de estudos e inquéritos sobre a prevalência de TB nas três unidades prisionais onde os dados do programa de controle e os dados do banco TBWEB indicam que as taxas de incidência são elevadas.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a prevalência de Tuberculose apenas no sistema penal (modelos de regime prisional ABC) de São José do Rio Preto SP, com base nas variáveis e indicadores de saúde no tratamento de Tuberculose do PCT neste contexto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há evidências de Risco em trabalhos que abordem, revisão sistemática de dados secundários.

Benefícios:

Diante do exposto e considerando a ocorrência da Tuberculose nas unidades prisionais cuja doença e condição está relacionada à saúde difere segundo o tempo, lugar ou pessoa, e por ser um cenário pouco conhecido no Município de São José do Rio Preto SP este tem como objetivo identificar a prevalência de casos de Tuberculose no sistema prisional e as potencialidades e fraquezas do Programa de Controle de Tuberculose nestas Instituições.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo Descritivo-Epidemiológico por meio de análise documental com base nas variáveis e indicadores de saúde no tratamento de Tuberculose nos três modelos de regime prisional no município de São José do Rio Preto, identificados no sistema de informação no PCT do banco de dados TBWEB da Secretaria Estadual de Saúde SP. A população de referência será composta pelos apenados portadores de TB considerando que a população se aproxima de 3.000 detentos/presidiários nos três regimes prisionais (CDP, CPP, CRF) no município de São José do Rio Preto-SP. O projeto do estudo terá um caráter qualitativo e quantitativo por ambas as formas de

pesquisas exprimirem complementaridade, possibilitando ao pesquisador abarcar tanto em extensão quanto em profundidade o objeto de sua investigação, na singularidade e diversidade do campo da saúde. Análise quantitativa será realizada após a coleta de dados provenientes das fichas de notificação individual dos casos positivos de TB de pacientes inseridos no sistema prisional do campo de estudo, no banco de dados eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) TBWEB, será construído um banco de dados eletrônico em plataforma ainda a ser definida com análise estatística.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os termos obrigatórios de apresentação

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

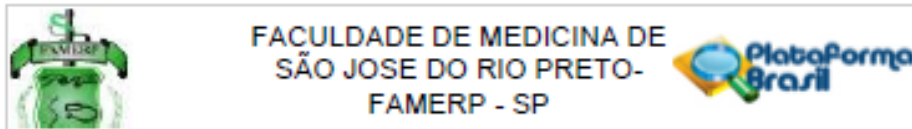
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 10 de Julho de 2012

Assinado por:
Fernando Batigália



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SP

Pesquisador: MÁRCIO JOSÉ GARCIA BORGES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04370412.2.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: Coleta de dados já foi realizada, os dados estão sendo analisados por meio de

Data do Envio: 23/04/2013

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 253.829

Data da Relatório: 14/05/2013

Apresentação da Notificação:

Trata-se de um relatório parcial, com informações do estudo CAAE: 04370412.2.0000.5415, de título "ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SP".

Objetivo da Notificação:

Notificar o andamento do estudo em questão.

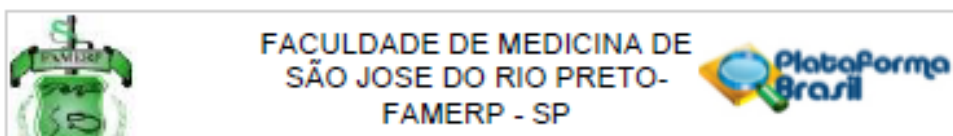
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Mínimos, por se tratar de uma revisão sistemática de dados secundários.

Benefícios:

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SÃO JOÃO **CEP:** 15.090-000
UF: SP **Município:** SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



Diante do exposto e considerando a ocorrência da Tuberculose nas unidades prisionais cuja doença e condição está relacionada à saúde difere segundo o tempo, lugar ou pessoa, e por ser um cenário pouco conhecido no Município de São José do Rio Preto SP este tem como objetivo Identificar a prevalência de casos de Tuberculose no sistema prisional e as potencialidades e fraquezas do Programa de Controle de Tuberculose nestas Instituições.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Notificação contendo os resultados obtidos do levantamento de dados por meio de tabelas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os termos obrigatórios de apresentação.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou Inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP está ciente do Relatório Parcial encaminhado a Plataforma Brasil em 23/04/2013.

SAO JOSE DO RIO PRETO, 24 de Abril de 2013

Assinador por:
Fernando Batigalla
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5418
Bairro: VILA SAO JOAO CEP: 15.090-000
UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br
