

Fatores associados ao óbito pela coinfeção tuberculose/HIV no sistema prisional

Factors associated with death due to tuberculosis/HIV co-infection in the prison system
Factores asociados al fallecimiento por coinfección tuberculosis/VIH en el sistema penitenciario

Elisângela Fraciscon Naves¹  <https://orcid.org/0000-0001-5138-4428>

Rubia Laine de Paula Andrade¹  <https://orcid.org/0000-0001-5843-1733>

Glauber Palha dos Santos¹  <https://orcid.org/0000-0002-8060-1484>

Melisane Regina Lima Ferreira¹  <https://orcid.org/0000-0003-1694-5124>

Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterio¹  <https://orcid.org/0000-0001-6585-2560>

Vitória Alencar¹  <https://orcid.org/0009-0009-2182-095X>

Aline Aparecida Monroe¹  <https://orcid.org/0000-0003-4073-2735>

Como citar:

Naves EF, Andrade RL, Santos GP, Ferreira MR, Ballesterio JG, Alencar V, et al. Fatores associados ao óbito pela coinfeção tuberculose/HIV no sistema prisional. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE02545.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024A000002545>



Descritores

Tuberculose; HIV; Coinfeção; Morte; Prisioneiros

Keywords

Tuberculosis; HIV; Coinfection; Death; Prisoners

Descriptores

Tuberculosis; VIH; Coinfección; Muerte; Prisioneros

Submetido

6 de Outubro de 2023

Aceito

29 de Abril de 2024

Autor correspondente

Rubia Laine de Paula Andrade
E-mail: rubia@eerp.usp.br

Editor Associado

Paula Hino
(<https://orcid.org/0000-0002-1408-196X>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar os fatores associados aos óbitos por coinfeção tuberculose/HIV em pessoas privadas de liberdade.

Métodos: Estudo de coorte retrospectiva, realizado no estado de São Paulo no período de 2008 a 2017. A população de estudo foi composta pelas pessoas com coinfeção tuberculose/HIV em privação de liberdade. Os dados foram coletados do Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose TB-WEB em *linkage* com o Sistema de Informação Sobre Mortalidade. O risco de ocorrência do óbito segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento foi estabelecido pelo risco relativo e respectivos intervalos de confiança 95%.

Resultados: Foram identificados 100 óbitos por tuberculose e/ou HIV no período, os quais estiveram associados a: indivíduos pertencentes à Coordenadoria Regional do Vale do Paraíba/Litoral (risco relativo 2,59; intervalo de confiança 95% 1,35-4,94); faixas etárias de 30 a 39 anos (risco relativo 2,49; intervalo de confiança 95% 1,04-5,96), 40 a 49 anos (risco relativo 7,09; intervalo de confiança 95% 3,06-19,06) e 50 a 59 anos (risco relativo 14,11; intervalo de confiança 95% 5,91-33,69); tratamento autoadministrado (risco relativo 1,94; intervalo de confiança 95% 1,16-3,27); ocorrência de internação (risco relativo 2,62; intervalo de confiança 95% 1,69-4,07).

Conclusão: Tais fatores devem ser considerados no enfrentamento da coinfeção de tuberculose/HIV, considerando as idade das pessoas privadas de liberdade, as condições do encarceramento e a intensificação do tratamento diretamente observado, visando evitar quadros que necessitem de internação.

Abstract

Objective: to analyze the factors associated with deaths due to tuberculosis/HIV co-infection in people deprived of their freedom.

Methods: Retrospective cohort study, carried out in the state of São Paulo from 2008 to 2017. The study population was made up of people with tuberculosis/HIV co-infection in deprivation of their freedom. Data were collected from the TB-WEB Tuberculosis Patient Control System in linkage with the Mortality Information System. The risk of death according to sociodemographic, clinical and treatment variables was established by relative risk and respective 95% confidence intervals.

Results: 100 deaths from tuberculosis and/or HIV were identified in the period, which were associated with: individuals belonging to the Regional Coordination of Vale do Paraíba/in the coast (relative risk 2.59; 95% confidence interval 1.35-4.94); age groups 30 to 39 years old (relative risk 2.49; 95% confidence interval 1.04-5.96), 40 to 49 years old (relative risk 7.09; 95% confidence interval 3.06-19.06) and 50 to 59 years

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

old (relative risk 14.11; 95% confidence interval 5.91-33.69); self-administered treatment (relative risk 1.94; 95% confidence interval 1.16-3.27); and occurrence of hospitalization (relative risk 2.62; 95% confidence interval 1.69-4.07).

Conclusion: Such factors must be considered when dealing with tuberculosis/HIV co-infection, considering the age of people in prison, the conditions of incarceration and the intensification of directly observed treatment, aiming to avoid conditions that will require hospitalization.

Resumen

Objetivo: Analizar los factores asociados a los fallecimientos por coinfección tuberculosis/VIH en personas privadas de la libertad.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva, realizado en el estado de São Paulo durante el período de 2008 a 2017. La población del estudio estuvo compuesta por personas con coinfección tuberculosis/VIH privadas de la libertad. Los datos fueron recopilados del Sistema de Control de Pacientes con Tuberculosis TB-WEB, conectado con el Sistema de Información sobre Mortalidad. El riesgo de casos de fallecimiento según variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento se estableció por el riesgo relativo y respectivos intervalos de confianza 95 %.

Resultados: Se identificaron 100 muertes por tuberculosis o VIH en el período, las cuales se asociaron a los siguientes factores: individuos pertenecientes a la Coordinación Regional de Vale do Paraíba/Litoral (riesgo relativo 2,59; intervalo de confianza 95 % 1,35-4,94); grupo de edad de 30 a 39 años (riesgo relativo 2,49; intervalo de confianza 95 % 1,04-5,96), de 40 a 49 años (riesgo relativo 7,09; intervalo de confianza 95 % 3,06-19,06) y de 50 a 59 años (riesgo relativo 14,11; intervalo de confianza 95 % 5,91-33,69); tratamiento autoadministrado (riesgo relativo 1,94; intervalo de confianza 95 % 1,16-3,27), y casos de internación (riesgo relativo 2,62; intervalo de confianza 95 % 1,69-4,07).

Conclusión: Estos factores deben considerarse en el enfrentamiento de la coinfección de tuberculosis/VIH, considerando la edad de las personas privadas de la libertad, las condiciones del encarcelamiento y la intensificación del tratamiento directamente observado, con el objetivo de evitar cuadros que necesiten internación.

Introdução

Em meados dos anos 1980, foram reportados os primeiros casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, mesmo após três décadas, a infecção permanece sendo um grande desafio para a saúde pública. Estima-se que 39 milhões de pessoas viviam com a infecção em 2022, sendo que cinco mil novos casos são diagnosticados diariamente. Além disso, desde seu surgimento, cerca de 40,4 milhões de pessoas morreram por doenças relacionadas ao HIV.⁽¹⁾

Quanto à tuberculose (TB), estima-se que 10 milhões de pessoas desenvolvam a doença ao ano, e que, em 2018, 1,2 milhão de indivíduos tenham ido a óbito por conta da TB.⁽²⁾ A infecção pelo HIV aumenta cerca de 28 vezes a chance de desenvolver a TB⁽³⁾ e esta doença, por sua vez, é responsável por uma em cada três mortes relacionadas ao HIV.⁽⁴⁾

As chances de contrair HIV são aumentadas nas chamadas populações-chave, que devido a questões legais e sociais específicas, podem se encontrar em situação de vulnerabilidade. Entre as populações-chave para a infecção pelo HIV, destaca-se a população privada de liberdade (PPL), a qual também é considerada população com elevado risco para desenvolvimento da TB.^(5,6)

Estima-se que a prevalência de HIV e TB na PPL é cerca de 10 vezes maior do que na população geral e que o risco de desenvolver a TB é 28 vezes

maior.⁽⁵⁾ O estado imunológico das pessoas que vivem com HIV, o ambiente que estes estão inseridos e a exposição ao bacilo da TB representam uma tríade de fragilidades encontradas nos sistemas prisionais para a ocorrência da coinfeção TB/HIV.⁽⁷⁾

Neste sentido, as unidades de saúde prisionais devem ser responsáveis pela oferta de ações voltadas para o rastreamento, diagnóstico precoce e para o tratamento oportuno do HIV e da TB, a fim de minimizar desfechos desfavoráveis, a exemplo do óbito.^(8,9)

Em uma escala mundial, o Brasil possui a terceira maior PPL do mundo, ficando atrás dos Estados Unidos e China, além de apresentar uma ocupação de 161,3%,^(10,11) o que representa um quadro de superlotação do sistema prisional. Segundo os dados do Relatório de Informações Penais (Relipen), o estado de São Paulo abrigou 30,4% da população carcerária do país em 2023, com 195.787 pessoas sob custódia, tornando a unidade federada com a maior população prisional, ficando muito à frente do segundo colocado, Minas Gerais, que possuía 66.241 pessoas privadas de liberdade.⁽¹²⁾

Revisão de literatura conduzida em julho de 2020, que tinha por objetivo identificar os fatores associados ao óbito pela TB e pelo HIV/aids no sistema prisional, mesmo tendo sido realizado uma busca ampla em sete bases de dados e sem delimitação de período de publicação, percebeu-se que os estudos tratavam das referidas condições de saúde

de forma isolada, sem investigar a coinfeção TB/HIV.⁽¹³⁾

Dessa forma, considerando a lacuna no conhecimento em relação ao tema proposto e retomando a situação epidemiológica da TB e do HIV no âmbito prisional, as quais atuam enquanto condições sinérgicas para a ocorrência do óbito, esse estudo busca analisar os fatores associados aos óbitos por coinfeção TB/HIV em pessoas privadas de liberdade.

Métodos

Trata-se de uma coorte retrospectiva, realizada no estado de São Paulo com casos de coinfeção TB/HIV diagnosticados no período de 2008 a 2017. São Paulo, em 2018, apresentou 2246 notificações de Tuberculose e 3145 notificações de HIV entre as pessoas privadas de liberdade.⁽¹⁴⁾

A população de estudo se constituiu pelas pessoas com diagnóstico de coinfeção TB/HIV sob custódia no sistema prisional do estado de São Paulo. Para a identificação dos óbitos com menção à TB ou ao HIV entre a população de estudo, foi feito um *linkage* probabilístico entre os bancos de dados do Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose (TB-WEB) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Dessa forma, óbitos por causas não identificadas como TB ou HIV foram excluídos do estudo, além daqueles ocorridos após 30 dias ou mais do encerramento do caso. Tais casos foram excluídos por entendermos que não se tratava da coinfeção TB/HIV.

Os casos de coinfeção TB/HIV cujo encerramento do tratamento foi registrado como cura no TB-WEB constituiu o grupo de comparação aos óbitos, contudo não houve preocupação com o pareamento dos participantes do estudo, uma vez que foram incluídos todos os casos diagnosticados no período estudado e que evoluíram para óbito e cura.

A análise de dados inicialmente foi realizada por meio de distribuição de frequência, utilizando o *software* Statistica da Statsoft. Calculou-se o risco relativo (RR) e respectivos intervalos de confiança para analisar o risco de ocorrência do óbito (variável dependente) segundo as variáveis sociodemográficas,

clínicas e de tratamento (variáveis independentes). Para isso, adotou-se um nível de significância de 5%, utilizando o programa R/RStudio versão 1.2.5033.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, segundo parecer nº 3.266.450 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 04484818.0.3001.5375.

Resultados

Durante o período estudado (2008 a 2017), foram identificados 312 óbitos entre a PPL que apresentavam coinfeção TB/HIV notificada no TB-WEB após a realização do *linkage* desse banco de dados com o SIM. Dentre o total de óbitos, foram excluídas 181 pessoas que morreram após um mês do encerramento do tratamento da TB e 31 pessoas cujo óbito não estava relacionado com a TB ou com o HIV. Dessa forma, identificou-se 100 óbitos cujas causas básicas tinham relação com a TB ou com o HIV. Nesse mesmo período, 1.262 pessoas com coinfeção TB/HIV apresentaram o desfecho cura da TB. Identificou-se associação com o óbito por coinfeção TB/HIV, pessoas privadas de liberdade vinculadas à Coordenadoria Regional de Unidades Penitenciárias do Vale do Paraíba/Litoral (RR 2,59; IC95% 1,35-4,94) em comparação às vinculadas à Coordenadoria Oeste. Além disso, pessoas nas faixas etárias de 30 a 39 anos (RR 2,49; IC95% 1,04-5,96), 40 a 49 anos (RR 7,09; IC95% 3,06-19,06) e 50 a 59 anos (RR 14,11; IC95% 5,91-33,69) apresentaram maior risco de óbito quando comparados aqueles na faixa etária de 19 a 29 anos. Sexo, raça/cor e anos de estudo não constituíram fatores associados ao óbito (Tabela 1).

Pessoas em tratamento autoadministrado obtiveram 1,94 (IC95% 1,16-3,27) vezes mais risco de ir a óbito em relação àqueles que realizaram o tratamento diretamente observado (TDO). Além disso, identificou-se maior risco de óbito entre aqueles que necessitaram de internação (RR 2,62; IC95% 1,69-4,07). Tipo de caso, forma clínica, diabetes, transtorno mental, tabagismo, alcoolismo e uso de drogas não constituíram fatores de risco para o óbito (Tabela 2).

Tabela 1. Fatores sociodemográficos associados aos óbitos pela coinfeção tuberculose/HIV em pessoas privadas de liberdade

Variáveis		Óbito n (%)	Cura n (%)	RR (IC95%)
Coordenadoria	Oeste	18(18,0)	304(24,1)	1
	Vale do Paraíba/Litoral	15(15,0)	89(7,1)	2,50(1,35-4,94)
	Capital/Grande São Paulo	37(37,0)	466(36,9)	1,32(0,76-2,27)
	Central	11(11,0)	191(15,1)	0,97(0,47-2,02)
	Noroeste	19(19,0)	212(16,8)	1,47(0,79-2,74)
Sexo	Feminino	8(8,0)	73(5,8)	1
	Masculino	92(92,0)	1189(94,2)	0,72(0,36-1,43)
Faixa etária (anos)	19-29	6(6,0)	321(25,4)	1
	30-39	28(28,0)	584(46,3)	2,49(1,04-5,96)
	40-49	44(44,0)	294(23,3)	7,09(3,06-19,06)
	50-59	22(22,0)	63(5,0)	14,11(5,91-33,69)
Raça/Cor*	Branca/Amarela	42(54,5)	503(48,6)	1
	Parda	29(37,7)	405(39,1)	0,87(0,55-1,37)
	Preta	6(7,8)	127(12,3)	0,59(0,25-1,35)
Anos de estudo*	Nenhum	-	16(1,8)	-
	1 a 3	11(18,6)	126(14,4)	1,12(0,26-4,80)
	4 a 7	27(45,8)	448(51,3)	0,80(0,20-3,18)
	8 a 11	19(32,2)	257(29,4)	0,96(0,24-3,92)
	12 a 14	2(3,4)	26(3,0)	1

*n difere em função de dados em branco/ignorados

Tabela 2. Fatores clínicos e relacionados ao tratamento associados aos óbitos pela coinfeção tuberculose/HIV em pessoas privadas de liberdade

Variáveis		Óbito n(%)	Cura n(%)	RR (IC95%)
Tipo de caso	Caso novo	66(66,0)	774(61,3)	1
	Recidiva	28(28,0)	328(26,0)	1,00(0,65-1,53)
	Retratamento após abandono	6(6,0)	141(11,2)	0,52(0,23-1,18)
	Falência/resistência	0	19(1,5)	-
Forma clínica	Pulmonar	70(70,0)	984(78,0)	1
	Extrapulmonar	18(18,0)	188(14,9)	1,32(0,80-2,16)
	Pulmonar + Extrapulmonar	12(12,0)	90(7,1)	1,77(0,99-3,16)
Diabetes	Sim	1(1,0)	12(1,0)	1,05(0,16-6,96)
	Não	99(99,0)	1250(99,0)	1
Transtorno mental	Sim	-	16(1,3)	-
	Não	100(100)	1246(98,7)	1
Tabagismo	Sim	6(6,0)	116(9,2)	0,65(0,29-1,45)
	Não	94(94,0)	1146(90,8)	1
Alcoolismo	Sim	9(9,0)	97(7,7)	1,17(0,61-2,26)
	Não	91(91,0)	1165(92,3)	1
Uso de drogas	Sim	15(15,0)	190(15,1)	1,00(0,59-1,69)
	Não	85(85,0)	1072(84,9)	1
Tratamento diretamente observado*	Sim	64(80,0)	1025(89,2)	1
	Não	16(20,0)	124(10,8)	1,94(1,16-3,27)
Internação	Sim	75(75,0)	652(51,7)	2,62(1,69-4,07)
	Não	25(25,0)	610(48,3)	1

*n difere em função de dados em branco/ignorados

Discussão

Este estudo permite compreender os fatores associados ao óbito pela coinfeção TB/HIV no sistema prisional do estado de São Paulo, ao apontar que tal desfecho desfavorável esteve presente em uma faixa etária economicamente ativa, bem como intrinsecamente relacionado a elementos que podem refletir no acesso desigual à saúde, tal como o local das unidades de custódia, o regime de tratamento utilizado para a TB e a necessidade de internação por um possível quadro agudizado da TB e/ou HIV.

Segundo a Lei de Execução Penal (LEP) brasileira nº 7.210/1984, é obrigação do Estado, promover a proteção daqueles que se encontram em privação de liberdade e garantir seus direitos fundamentais em relação às questões judiciais, de segurança ou saúde.⁽¹⁵⁾ Além disso, a atenção integral à saúde para esta população é alicerçada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Prisional (PNAISP), a qual deve garantir o acesso efetivo e sistemático às ações de saúde nas unidades prisionais habilitadas pelo Sistema Único de Saúde.⁽¹⁶⁾

Neste sentido, o óbito por duas condições evitáveis, tratáveis e, no caso da TB, curável, em uma perspectiva social nos ambientes prisionais, pode se caracterizar como uma violência coletiva social e/ou política pela ausência ou negligência do papel do Estado em relação ao direito e ao acesso à saúde.⁽¹⁷⁾ Ainda, pode refletir um contexto de apagamento de políticas públicas por um Estado que deveria reforçar o sentido de cidadania, garantir direitos e diminuir as desigualdades sociais e iniquidades em saúde.⁽¹⁸⁾

Nestes ambientes, a ocorrência da coinfeção TB/HIV sofre influência das condições insalubres, superlotações, inadequada ventilação, além da precarização da oferta de recursos humanos, processos administrativos, políticos e judiciários que enfraquecem a articulação entre o sistema de saúde, justiça e segurança.^(19,20) Para o estado de São Paulo, identifica-se que a prestação de ações de saúde sobre TB e o HIV à PPL ocorre de forma heterogênea entre as coordenadorias de saúde prisional.⁽²¹⁾

A partir disso, o óbito associado à Coordenadoria Regional do Vale do Paraíba/Litoral pode indicar fragilidades de recursos e processos, uma vez que

as unidades prisionais pertencentes a essa coordenadoria possuem elevada porcentagem de Centros de Detenção Provisória, o que sugere que a assistência à saúde parece estar direcionada ao momento da admissão dos indivíduos sob custódia. Além disso, de acordo com estudo realizado em unidades prisionais do estado de São Paulo no período de 2016 e 2018, a coordenadoria em questão possuía menor quantitativo de profissionais de saúde quando comparado às demais coordenadorias regionais do estado, sendo a única sem a presença de assistente social e técnico de laboratório.⁽²¹⁾ Além disso, esta coordenadoria possuía menor proporção de casos sob TDO e Terapia Antirretroviral (TARV), a qual deve ser ofertada a todas as pessoas que vivem com HIV.⁽²¹⁾ Tais aspectos podem contribuir na sobreposição de vulnerabilidades sociais preexistentes, no diagnóstico tardio dos casos e, consequentemente, contribuir no desfecho desfavorável do tratamento de ambas as condições.

Características individuais, como sexo, possuem grande capacidade de influenciar nos desfechos sanitários.⁽²²⁾ No entanto, neste estudo, verificou-se alto percentual de pessoas do sexo masculino tanto entre os casos que foram a óbito quanto entre os casos que curaram. Tal resultado pode ser um reflexo do elevado número de indivíduos do sexo masculino no sistema prisional, bem como da característica epidemiológica da TB e do HIV afetarem mais homens que mulheres.⁽²³⁾

Quando analisada a faixa etária, verificou-se que o risco de óbito aumentava proporcionalmente ao aumento da idade, cujo achado pode indicar a sobreposição de condições crônicas ao longo da vida das pessoas, que aumentam a gravidade e complexidade de manejo dos casos. O padrão de óbitos por TB entre adultos em idade produtiva traz reflexões quanto à efetivação de direitos sanitários ainda vigentes dentro do sistema prisional, em função do agravamento das condições de saúde e da mortalidade destas pessoas.^(13,18)

Quanto à raça/cor da pele, estudo feito com a população de um hospital no Rio de Janeiro, indicou que a raça/cor não branca apresentou 1,6 vezes mais chances de ter desfecho desfavorável por TB.⁽²⁴⁾ Na população geral, nesse mesmo estudo,

o desfecho óbito por TB também foi associado à predominância de baixa escolaridade refletindo em condições desfavoráveis de vida e, consequentemente, maior vulnerabilidade à coinfeção TB/HIV. Tais resultados podem ser explicados pelas iniquidades na oferta de serviços de saúde e pela alta desigualdade socioeconômica envolvendo a população geral. No entanto, esta diferença na associação do óbito segundo os grupos raciais e escolaridade não foi identificada na população privada de liberdade do presente estudo.

A forma clínica da TB não foi um fator associado ao óbito entre as pessoas privadas de liberdade, mesmo considerando o fato de que as unidades prisionais apresentam densidade tecnológica incompatível para o diagnóstico e manejo dos casos extrapulmonares, os quais são mais comuns entre as pessoas que vivem com HIV, em função da disseminação hematogênica do bacilo em indivíduos com imunossupressão.⁽²⁵⁾

Quanto às comorbidades associadas, não foi identificada associação dos óbitos por coinfeção TB/HIV com diabetes melitus, transtorno mental e consumo de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas. No entanto, uma revisão de literatura apontou que tais comorbidades estavam associadas ao óbito na população geral de diferentes países,⁽²⁶⁾ mostrando que a evolução da doença pode diferir conforme o tipo de população acometida.

Quanto às características do tratamento, verificou-se maior risco de óbitos entre as pessoas privadas de liberdade que realizavam tratamento autoadministrado para a TB. Neste sentido, é importante destacar a necessidade da implementação do TDO no contexto prisional, enquanto estratégia para a adesão ao tratamento da TB e, consequentemente, diminuição da cadeia de transmissão, do abandono do tratamento e óbito. No entanto, a gestão do cuidado no sistema prisional apresenta desafios para a realização do TDO, como o déficit de profissionais de saúde e de segurança em descompasso com o elevado quantitativo de pessoas em privação de liberdade.⁽²⁷⁾

Além disso, identificou-se que os indivíduos que necessitaram de internação em algum momento do tratamento da coinfeção TB/HIV apresentaram maior risco para o óbito. No contexto prisional,

compreende-se que a necessidade de hospitalização entre as pessoas acometidas por TB e HIV pode sinalizar fragilidades no processo de busca ativa de casos e o diagnóstico tardio de uma ou ambas as doenças, o que pode agravar a situação de saúde e, em alguns casos, afetar a ocorrência da cura para a TB e a continuidade do tratamento para o HIV.⁽²⁸⁾

Considerando que tal evento poderia ser evitável, os resultados deste estudo indicam que a internação também pode estar atrelada a quadros agudizados da TB e do HIV, os quais podem ter evoluído com maior gravidade e possibilidade da ocorrência do óbito. Isto aponta a necessidade de rastreamentos de casos de TB e de HIV entre a PPL, além da instituição do tratamento para TB latente entre aqueles com HIV e da TARV, a fim de reduzir a incidência de TB, a morbidade e a mortalidade.⁽²⁸⁾

Ademais, a cronicidade dos casos de HIV que podem não mais responder a tratamentos após longos anos de doença,⁽²⁹⁾ aumentam o risco de agudização e ocorrência do desfecho óbito, revelando a necessidade da incorporação do seguimento singular destas pessoas em função dos perfis de risco e a inclusão de estratégias que promovam o autocuidado apoiado e o acompanhamento da regularidade do uso e da adesão ao tratamento tanto para a TB quanto para o HIV.⁽¹³⁾

Para isso, é imprescindível o fortalecimento e integração entre os programas de saúde do sistema prisional no que diz respeito ao atendimento dos casos de TB e da infecção pelo HIV, uma vez que as unidades prisionais devem cobrir o elenco de ações e serviços da Atenção Primária à Saúde, bem como garantir a referência para serviços de saúde especializados para a continuidade do cuidado prestado na perspectiva de fortalecimento da rede de atenção à saúde, considerando as unidades prisionais como pontos de atenção.

Em relação às limitações do estudo, cogita-se um possível viés de informação, em função da incompletude dos dados, que foram obtidos de fontes secundárias.

Conclusão

Pertencer à Coordenadoria Regional do Vale do Paraíba/Litoral, faixas etárias superiores a 29 anos, tratamento

autoadministrado e necessidade de internação foram considerados fatores associados ao óbito por TB e/ou HIV entre as pessoas com coinfeção por ambas condições de saúde, mostrando a necessidade da concretização de políticas públicas destinadas à PPL, na perspectiva de uma estratificação de risco com abordagem integral e continuada a essa população. Dessa forma, tais fatores devem ser considerados no enfrentamento da coinfeção TB/HIV a partir da gestão dos serviços de saúde e prisional, a exemplo da melhoria das condições de encarceramento, aumento da oferta de recursos humanos, e da gestão do cuidado, por meio da operacionalização e intensificação do TDO, além da atenção à saúde de maneira integral a essa população, visando evitar quadros agudizados que evoluam para a necessidade de internação e para o óbito.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Colaborações

Naves EF, Andrade RLP, Santos GP, Ferreira MRL, Ballesterio JGA, Alencar V e Monroe AA contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. United Nations. Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Estatísticas: evolução de casos de HIV no Brasil. Brasília (DF): UNAIDS; 2023 [citado 2023 Out 2]. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2019. Geneva: WHO; 2019 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://reliefweb.int/attachments/eacacd37-ae6e-3f99-8392-650a9de3f7d1/Global%20Tuberculosis%20Report%202019.pdf>
3. Soares Filho MM, Bueno PM. Demography, vulnerabilities and right to health to Brazilian prison population. *Cien Saude Colet*. 2016;21(7):1999-2010.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2023 Mar 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf>
5. Stop TB Partnership. Global plan to end TB and key population: Prisoners. Geneva: The Stop TB Partnership; 2016 [cited 2023 Mar 6]. Available from: https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_prisoners_spreads.pdf
6. Stop TB Partnership. Global plan to end TB and key population: People living with HIV. Geneva: The Stop TB Partnership; 2016 [cited 2023 Mar 6]. Available from: https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_PLHIV_ENG_WEB.pdf
7. Winter BC, Garrido RG. A tuberculose no cárcere: um retrato das mazelas do sistema prisional brasileiro. *Med Leg Costa Rica*. 2017;34(2):20-31.
8. Silva BN, Temoteo RC, Vêras GC, Silva CR. Fatores predisponentes de tuberculose em indivíduos privados de liberdade: revisão integrativa. *Arch Health Sci*. 2019;26(1):67-71. Review.
9. Valença MS, Cezar-Vaz MR, Brum CB, Silva PE. O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. *Cien Saude Colet*. 2016;21(7):2111-22.
10. World Prison Brief (WPB). International Center For Prison Studies. Institute for Criminal Policy Research. Highest to lowest: prison population total. London: WPB; 2021 [cited 2023 Mar 8]. Available from: https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field_region_taxonomy_tid=All
11. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias: período de julho a dezembro de 2019. Brasília (DF): Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2010 [citado 2023 Mar 12]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiMmU4ODAwNTAyY2IyMS00OWJlLWE3ZTgtZGNjY2ZhNTYzZDlilividC6lMViMDkwNDIwLTQONGMtNDNmNy05MWWyLTlRiOGRhNmJmZThtlMSJ9>
12. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. SISDEPEN: Dados Estatísticos do Sistema Prisional. Relatório de Informações Penais. 14º ciclo - período de janeiro a junho de 2023. Brasília (DF): Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2021 [citado 2024 Jan 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-anteriores>
13. Camillo AJ, Ferreira MR, Bossonario PA, Andrade RL, Saita NM, Rezende CE, et al. Factors associated with death from tuberculosis and HIV/aids in prisons: integrative review. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE01606. Review.
14. Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Sistema prisional em números. Brasília (DF): CNMP; 2019 [citado 2023 Mai 7]. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/relatorios/sbi/sistema-prisional-em-numeros>
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília (DF): Presidência da República; 1984 [citado 2023 Mai 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/7210.htm
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2023 Mai 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pr10001_02_01_2014.html
17. Chies LA, Almeida BR. Mortes sob custódia prisional no Brasil: prisões que matam; mortes que pouco importam. *Rev Cien Soc*. 2019;32(45):67-90.
18. Ferreira MR, Andrade RL, Bossonario PA, Fiorati RC, Arcêncio RA, Rezende CE, et al. Social determinants of health and unfavourable outcome of tuberculosis treatment in the prison system. *Cien Saude Colet*. 2022;27(12):4451-9.
19. Rich JD, Beckwith CG, Macmadu A, Marshall BD, Brinkley-Rubinstein L, Amon JJ, et al. Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis. *Lancet*. 2016;388(10049):1103-14.
20. Akiyama MJ, Spaulding AC, Rich JD. Flattening the curve for incarcerated populations: COVID-19 in jails and prisons. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2075-7.
21. Saita NM, Pelissari DM, Andrade RL, Bossonario PA, Faria MG, Ruffino Netto A, et al. Regional coordinators of Sao Paulo State prisons in tuberculosis and HIV coinfection care. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 6):e20190738.
22. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saude Soc*. 2017;26(3):676-89.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose 2022, número especial, março 2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2023 Mar 9]. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2022>
24. Pereira AG, Escosteguy CC, Gonçalves JB, Marques MR, Brasil CM, Silva MC. Fatores associados ao óbito e ao abandono do tratamento da tuberculose em um hospital geral do município do Rio de Janeiro, 2007 a 2014. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2018;8(2):150-8.
25. Raviglione M. Tuberculosis. In: Jameson JL, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 20th ed. Nova York: McGraw-Hill Medical; 2018.
26. Waitt CJ, Squire SB. A systematic review of risk factors for death in adults during and after tuberculosis treatment. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15(7):871-85. Review.
27. Oliveira LG, Natal S, Camacho LA. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(3):543-54.
28. Perrechi MC, Ribeiro SA. Outcomes of tuberculosis treatment among inpatients and outpatients in the city of São Paulo, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2011;37(6):783-90.
29. Cecilio HP, Santos AL, Marcon SS, Latorre MD, Mathias TA, Rossi RM. Tuberculosis mortality trend in the state of Paraná, Brazil - 1998-2012. *Cien Saude Colet*. 2018;23(1):241-8.