



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE-CES

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENFE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ENÉAS GOMES NETO

O CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE O CONTROLE DA TUBERCULOSE
NUMA PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN

CUITÉ - PB

2017

ENÉAS GOMES NETO

O CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE O CONTROLE DA TUBERCULOSE
NUMA PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Profª Msc Édija Anália Rodrigues de Lima.

CUITÉ - PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

G633c Gomes Neto, Enéas.

O conhecimento de enfermeiros sobre o controle da tuberculose numa penitenciária no município de Caicó - RN. / Enéas Gomes Neto. - Cuité: CES, 2017.

62 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Édija Amália Rodrigues de Lima.

1. Tuberculose. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Prisão. 4. Atenção primária em saúde. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.9

ENÉAS GOMES NETO

O CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE O CONTROLE DA TUBERCULOSE
NUMA PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN

Aprovado em: 24 de agosto de 2017

Banca examinadora:

Orientadora: Prof^ª Msc Édijs Anália Rodrigues de Lima.

Prof^ª Dr^a Janaína von Söhsten Trigueiro.

Membro Interno - Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof^ª MSc Heloisy Alves de Medeiros.

Membro Interno - Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

AGRADECIMENTOS

O principal agradecimento é dirigido a minha família, em especial para minha mãe Rita Rocha Silva Gomes e meu pai Elias Gomes Sobrinho pelo apoio emocional e financeiro ao longo desse tempo, não só no ensino superior, mas em todos os momentos da minha vida.

A minha namorada e mãe do meu filho Nathália Priscila da Silva Pereira, que me fez encontrar o sentido da felicidade, e me deu força para lutar pelos meus objetivos, caminhou ao meu lado nas fases boas e ruins da vida, sempre incentivando para seguir em frente.

Meu imenso agradecimento a minha orientadora, Prof^a Msc Édija Anália Rodrigues de Lima, que partilhou seus conhecimentos e me orientou na construção desse trabalho.

Aos meus professores, mestres e doutores que durante toda a graduação demonstraram muita determinação e conhecimento.

As professoras que compõem a banca examinadora, por prestarem seus valiosos conselhos que vão enriquecer esse trabalho.

Aos enfermeiros participantes neste estudo, que aceitaram por livre e espontânea vontade contribuir com suas entrevistas e relato das experiências profissionais.

A Maria Auxiliadora, funcionária da secretaria de saúde de Caicó, quem me ajudou nas buscas pelos profissionais e acesso aos dados das notificações.

A Rafael Saurino, pela parceria firmada a distância, mas que se mostrou uma pessoa honesta e confiável.

A turma de enfermagem ingressa em 2012.2, com quem fiz amizades e compartilhei experiências que levarei para vida toda. Em especial a Joice, Amanda e Maria Lira, pela troca de informações e dicas sobre a construção do tema e desenvolvimento dessa pesquisa.

Minha imensa gratidão a Vanessa, uma pessoa especial, que me deu puxões de orelha, me lembrou os horários de trabalhos e provas, e a quem sempre recorri nas horas de aperto.

Aos meus amigos, Ronicley, Felipe, Navarro, Afonso, Gilberto Kbça, Tarcio, Zwriel, Jonas Alisson, Túlio, Thiago Medeiros, Natan Medeiros, Fabrício Targino, Luis Felipe e toda a galera do LOST pela amizade cultivada.

E a todos que contribuíram direta e indiretamente na produção desse trabalho.

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sua forma de transmissão acontece pelo ar, a partir da tosse ou espirro de um portador ativo da bactéria, que lança gotículas contaminadas pelo bacilo no meio externo. Apesar de antiga, e de possuir tratamento conhecido, a TB ainda representa um grave problema de saúde pública em vários países. A prevalência da tuberculose relaciona-se diretamente com as condições sociais em que vive a população. As pessoas em regime prisional estão expostas a vários fatores que contribuem para a disseminação da TB, por isso, estas pessoas apresentam maior chance de desenvolver a doença. O objetivo do estudo foi analisar o conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária acerca do controle da tuberculose na penitenciária. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa, realizada no Município de Caicó. Os dados empíricos foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo. Essa pesquisa foi elaborada a partir da análise da entrevista de quatro enfermeiros participantes, nesta foram atendidas as prerrogativas da Resolução Nº 466/2012. Nos aspectos sociodemográficos, foi evidenciado que todos os enfermeiros ingressaram no mercado de trabalho jovens. No âmbito da tuberculose, todos expressaram ter algum curso de capacitação, desse modo, foram identificados temas importantes atrelados ao reconhecimento das medidas de controle da doença. As medidas educativas foram reconhecidas como importantes, apesar das dificuldades de aplicá-las no cenário da penitenciária. No tocante as limitações, as interrupções no tratamento e o estigma social foram os principais entraves para o controle da TB. Já no que se refere as potencialidades, a educação em saúde e as intervenções no ambiente prisional foram as principais ações para o controle da TB por parte da UBSF. A enfermagem na Atenção Primária encontra um amplo panorama de atuação no controle da tuberculose, não apenas a população em regime de cárcere, mas na população em geral. Ao investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem frente ao controle da tuberculose na penitenciária, evidenciou-se que os profissionais reconhecem este local como uma fonte de disseminação da doença e relataram a necessidade de ampliação das ações e intervenções voltadas para as pessoas em privação de liberdade.

Palavras-chave: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Cuidados de Enfermagem; Prisão.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is an infectious-contagious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, its form of transmission is through the air, from the cough or sneeze of an active carrier of the bacterium, which launches droplets contaminated by the bacillus in the external environment. Although old, and with known treatment, TB still represents a serious public health problem in several countries. The prevalence of tuberculosis is directly related to the social conditions in which the population lives. Prisoners are exposed to several factors that contribute to the spread of TB, so they are more likely to develop the disease. The objective of the study was to analyze the knowledge of Primary Care nurses about the control of tuberculosis in the penitentiary. This is an exploratory research with a qualitative approach, carried out in the Municipality of Caicó. Empirical data were analyzed using the Content Analysis technique. This research was elaborated from the analysis of the interview of four participating nurses, thus, the prerogatives of Resolution N°. 466/2012. In the sociodemographic aspects, it was evidenced that all the nurses entered the labor market young. In the context of tuberculosis, all expressed to have some training course, in this way, were identified important themes linked to the recognition of disease control measures. The educational measures were recognized as important, despite the difficulties of applying them in the penitentiary scenario. Regarding the limitations, interruptions in treatment and social stigma were the main obstacles to TB control. Regarding the potentialities, health education and interventions in the prison environment were the main actions for the control of TB by the BFHU. Nursing in Primary Care finds a broad panorama of action in the control of tuberculosis, not only the prison population, but the all entire population in general. When investigating the knowledge of nursing professionals regarding the control of tuberculosis in the penitentiary, it was evidenced that the professionals recognize this place as a source of dissemination of the disease and reported the need for expansion of actions and interventions aimed at persons deprived of their liberty.

Keywords: Tuberculosis, Primary health care, Nursing care, Prison.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem que atuaram na assistência de detentos acometidos por tuberculose na penitenciária Estadual do Seridó.....26

Tabela 2 - Capacitação profissional e tempo de atuação diretamente relacionado a acometidos por tuberculose na penitenciária.....27

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Temas referentes ao ambiente prisional e relacionamento com a tuberculose e a assistência na Unidade Básica de Saúde.....	29
Quadro 2 - Temas referentes aos medicamentos e tratamento dos indivíduos acometidos por TB.....	31
Quadro 3 – Temas referentes as potencialidades elencadas pelos enfermeiros na assistência a tuberculose.....	34
Quadro 4 – Temas referentes as dificuldades elencadas pelos enfermeiros na assistência a tuberculose.....	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BAAR – Bacilo Álcool-Ácido Resistente

BK – Bacilo de Koch

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPD – Purified Protein Derivative

RN - Rio Grande do Norte

RTRTB – Rede de Teste Rápido para Tuberculose

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO.....	15
3.2	A TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO.....	18
3.3	ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PESSOAS DO SISTEMA PENITENCIÁRIO NO BRASIL.....	20
4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	22
4.1	Tipo de pesquisa.....	22
4.2	Área do estudo.....	22
4.3	População e amostra.....	23
4.4	Definições da População - Critério de Inclusão.....	23
4.5	Procedimento e instrumento para coleta de dados.....	23
4.6	Processamento e análise dos dados.....	24
4.7	Aspectos éticos.....	25
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	26
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	26
5.2	INTERFACES DA EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO A SAÚDE DE APENADOS COM TUBERCULOSE.....	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS.....	43
	APÊNDICES.....	49
	APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	51
	APÊNDICE B - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA.....	52

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO.....	53
APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL.....	55
ANEXOS.....	56
ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....	56
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	57

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). Descoberta em 1882 pelo médico alemão Robert Koch, sua forma de transmissão acontece pelo ar, a partir da tosse ou espirro de um portador ativo da bactéria, que lança gotículas contaminadas pelo bacilo no meio externo. Indivíduos não contaminados pela bactéria ao entrarem em contato com essas partículas podem desenvolver a infecção tuberculosa e apresentam o risco de desenvolver a doença (GONÇALVES, 2012).

A doença, em sua grande parte de casos, acomete os pulmões afetando o sistema respiratório, mas também pode atingir outras partes do corpo, como: ossos, rins, meninges e causar resposta granulomatosa associada à intensa inflamação e lesão tissular (FERRI, 2014). O período de latência da bactéria pode variar dependendo das condições metabólicas do indivíduo, em geral, a infecção inicial ocorre entre 4 a 12 semanas após o contato com o *M. Tuberculosis*, mas, enquanto contaminada pelo bacilo, a pessoa pode desenvolver a doença ao longo de sua vida, sendo presente o maior risco nos 2 primeiros anos (BRASIL, 2014a).

Diante de dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Tuberculose apresenta-se como a segunda doença infecciosa que mais leva a óbito, sendo superada apenas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (WHO, 2014). No mundo, aproximadamente 2,3 bilhões de pessoas podem estar infectadas pelo bacilo que causa a Tuberculose. No ano de 2013, surgiram 9 milhões de novos casos, a mortalidade atingiu 1 milhão de pessoas. No Brasil, entre o período de 2005 a 2014, em média 73 mil casos novos foram registrados a cada ano. Em 2013, foram notificadas 4.577 mortes onde a causa foi a tuberculose. Entre os 22 países que possuem maior incidência, onde são registrados 80% dos casos da doença no mundo, o Brasil encontra-se ocupando o 16º lugar (BRASIL, 2015).

Conforme informações obtidas através do boletim epidemiológico, durante o ano de 2015 e o mês de janeiro de 2016 foram diagnosticados e registrados 63.000 casos de tuberculose no Brasil. Destes, a região nordeste do Brasil foi responsável pela notificação de 15.800 casos. Isto representa um total de 25% de todos os casos da doença notificados no país. No Estado do Rio Grande do Norte foram notificados 800 casos, apresentando uma incidência de 23,2/100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

A prevalência da Tuberculose relaciona-se diretamente com as condições sociais em que vive a população, fatores como: pobreza, carência na rede de saneamento básico, moradia

precária, alcoolismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, aglomerado de pessoas, inacessibilidade a serviços de saúde, outras doenças associadas e insuficiência de recursos são determinantes para sua persistência (PESSOA 2010; VITTI, 2013). Para Andrade (2011), estas condições são comumente ligadas ao cotidiano de pessoas em regime de privação de liberdade, por isso, estes constituem um grupo de maior risco para adoecimento. Segundo Andrzejvski; Limberger (2013), além do risco a saúde do próprio apenado, a condição atual do sistema prisional implica um risco para a comunidade, tendo em vista que no presídio transitam pessoas comunicantes, funcionários da penitenciária e familiares.

Referente ao ano de 2014, O Brasil mantém cerca de 567 mil pessoas reclusas em unidades prisionais em cumprimento de regime penal. A incidência de tuberculose nas pessoas privadas de liberdade foi de 936,6/100 mil habitantes, isso significa uma média de 5.300 casos, esse número corresponde a um total de 7,3% de todos os casos da doença registrados no país (BRASIL, 2014). Apesar da gravidade, a tuberculose é uma doença que possui tratamento com eficácia em quase 100% das pessoas acometidas (NOGUEIRA, 2012). Segundo Alcantara (2014), o controle da tuberculose permaneceu voltado para ações curativas, mas, uma grande redução no número de casos pode ser obtida pela adoção de medidas preventivas.

Na busca por estratégias que levem a redução de doenças graves como a tuberculose, e a necessidade de elevar a qualidade na assistência à saúde no sistema prisional, o Brasil vem ao longo dos anos criando políticas e planos que articulem práticas de saúde incorporadas ao sistema penitenciário brasileiro. Entre essas medidas, podemos citar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), criado em 2003, o objetivo do plano é garantir que as pessoas em regime de privação de liberdade, tenham acesso aos serviços de saúde. Há também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), criada em abril de 2014 pela portaria nº482, atua como uma extensão do PNSSP, sua base fundamenta-se na introdução de uma equipe de atenção básica prisional, composta por uma equipe multidisciplinar, que deverá ser vinculada a uma Unidade Básica de Saúde fora da penitenciária (LERMEN, 2015).

As Unidades Básicas de Saúde atuam junto ao programa Estratégia Saúde da Família (ESF), como porta de entrada no âmbito da atenção primária a saúde, estabelecendo um vínculo com a comunidade, garante acessibilidade a serviços de saúde e fortalece a execução de práticas que levem a promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2011). Devido a insuficiência de recursos, várias unidades prisionais do Brasil ainda não possuem unidade de saúde integrada e a assistência aos internos dessas instituições acaba sendo realizado pelos

hospitais e unidades básicas de saúde da rede municipal. Quanto ao controle e rastreamento da tuberculose, os enfermeiros da ESF, atuam buscando e identificando sintomas respiratórios, solicitando exames, realizando consulta de enfermagem, participando do tratamento, e na notificação (SILVA 2010; SÁ, 2011).

Diante do exposto, observa-se que a tuberculose, apesar de antiga, ainda se apresenta como um grave problema de saúde pública. Para reduzir os números comprometedores desta doença, torna-se necessário a atuação de vários profissionais da saúde. Dentre estes, o enfermeiro, com atuação assistencial e primária à saúde deve participar ativamente para contribuir com a identificação e diminuição desses casos, devendo agir diretamente dentro das unidades prisionais. Considerando que, além dos detentos possuem o direito integral à saúde garantido por lei, estes, ao terminarem de cumprir o seu regime penal, podem retornar para a sociedade contaminados pela bactéria, sendo uma nova fonte de disseminação da doença.

Este estudo pode ajudar a compreender a assistência à saúde desenvolvida pela atenção primária junto as pessoas acometidas por tuberculose dentro do sistema prisional. Embora realizado em um município pequeno, pode refletir a realidade de várias outras localidades, onde as unidades penitenciárias não possuem um serviço de saúde instalado. Essa identificação poderá auxiliar na elaboração de novas estratégias, ou ampliação de ações e rotinas já existentes, visando estabelecer uma melhor articulação entre as instituições prisionais e os serviços de saúde.

Como futuro profissional de enfermagem, de família natural e residente no município de Caicó, espero também que este trabalho possa contribuir com as práticas de saúde do município, levando a diminuição dos casos de tuberculose que ocorrem na cidade e que podem ter como fonte a penitenciária. A redução dos casos de tuberculose, poderá resultar em uma economia para o município, tendo em vista os custos para diagnóstico, tratamento e recursos humanos que atuam na assistência das pessoas acometidas. A gestão municipal poderá reverter essa economia nos custos em benefícios para as comunidades.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da atenção à saúde ofertado ao doente de tuberculose submetidos a privação de liberdade, no município de Caicó, Rio Grande do Norte.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros;
- Investigar as ações de enfermagem desenvolvidas na penitenciária para controlar a tuberculose;
- Averiguar limitações e potencialidades para o controle da tuberculose diante dos doentes privados de liberdade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO

A tuberculose é uma doença antiga, conhecida e bastante disseminada pelo mundo inteiro. Para Prince (2013), acredita-se que o gênero *mycobacterium* se deu origem há 150 milhões de anos, a partir de evidências encontradas com o uso de técnicas moleculares modernas, onde foi estudado o sequenciamento de cepas diferentes do *mycobacterium*. Porém pressupõe-se que os membros do complexo *M. tuberculosis* e suas formas variantes *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. Canetti* e *M. bovis* são primitivas do continente africano, cerca de 15.000 há 35.000 anos atrás.

Diante de investigações arqueológicas, Maciel et al 2012, considera a existência da tuberculose, que também era chamada de “peste branca” como doença presente na humanidade há mais de 5000 anos a. C., a partir de descobertas de múmias egípcias que apresentaram alguns sinais característicos da doença como comprometimento vertebral (o Mal de Pott), além da presença do DNA do *mycobacterium tuberculosis* nos tecidos. Na América do Sul, a presença da tuberculose também é datada por sinais da doença em uma múmia peruana, avalia-se que seja da época 1.100 anos a. C., foi aplicado uma técnica de reação em cadeia da polimerase para estudo dos tecidos. Os resultados foram compatíveis com sequências de DNA do *mycobacterium tuberculosis*. Esta é a primeira confirmação diagnóstica da existência da tuberculose na era pré-colombiana no continente americano.

No Brasil, a disseminação da tuberculose surgiu com a colonização europeia, e afetou diretamente a população indígena, vindo a ocorrer a morte de muitos nativos. Com a chegada dos portugueses ao Brasil, em 1549 sugere-se que o Padre Manuel da Nóbrega tenha sido a primeira pessoa vinda de Portugal doente de tuberculose. Em cartas escritas no Brasil e destinadas a Portugal, Inácio de Loyola e José de Anchieta haviam relatado o quadro de sintomas na população indígena, o que fortalece os indícios para a presença da doença na época. Na carta o relato era que “os índios, ao serem catequizados, adoecem, na maior parte, com escarro, tosse e febre, muitos cuspidando sangue, a maioria morrendo com deserção das aldeias” (NAPOLI, 2011).

Durante o ano de 1855, a taxa de mortalidade em pessoas doentes de tuberculose era altíssima, atingindo índices de 1/150 habitantes. Com isso, o setor público de saúde elevou sua

atenção em relação a doença. A Junta Central de Higiene do Império, interviu perante o parlamento e obteve aprovação para a adoção de medidas sanitárias que promovessem o controle da tuberculose. Essas ações objetivaram intervir nas condições de higiene nos locais de habitações coletivas. Entre 1870 e 1886, foram criadas leis relacionadas as questões habitacionais e sanitárias na tentativa de controlar as epidemias de doenças como varíola, tuberculose, febre amarela e disenterias (TEOTONIO, 2016).

Devido a seus variados sintomas, a tuberculose não era identificada como uma única patologia. No ano de 1839, Johann Lukas Schönlein nomeou o até então conjunto de doenças como sendo conseqüências de uma única causa, e deu-lhe o nome de tuberculose. Em 1882, o médico patologista e bacteriologista Robert Koch, utilizando técnicas de coloração, conseguiu descobrir que a doença era causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ao qual ele chamou de bacilo da tuberculose, ou bacilo de Koch. A descoberta da bactéria como agente causador da patologia, permitiu a obtenção de conhecimentos sobre a doença e fortaleceu as teorias da transmissibilidade que vinha sendo estudada por Pasteur e outros cientistas (LINDNER, 2012).

No século XIX, a TB havia se tornado uma epidemia no Brasil, seu índice de mortalidade atingia 700/100.000 habitantes, as pessoas acometidas pela doença estavam presentes em grande parte das cidades. Logo, foi apelidada de “a praga dos pobres”, isto devido ao elo entre a doença e as moradias precárias, pequenas e com aglomerados de pessoas, na maioria das vezes com falta de higiene e alimentação deficiente (SAITO, 2014). Para Maciel et al (2012), ao longo do século XIX, a atenção à saúde pública era escassa, regulada pelos interesses econômicos e políticos da elite. As medidas sanitárias impostas eram executadas como forma de controlar as doenças, pois estas estavam afetando diretamente na ampliação econômica capitalista. No início do Século XX, a tuberculose configurou-se como a principal causa de morte no Rio de Janeiro.

Mesmo com todo esse impacto, a TB foi uma doença que obteve uma certa visão de romantismo, atraindo intelectuais e artistas, que tinham o pensamento que a doença permitia a estes, expressarem seus sentimentos de ambivalência, em conseqüência do sofrimento que a doença gerava e pela peculiaridade que ela lhes garantia. Alguns ansiavam pela doença, pois acreditava-se que esta despertava dotes intelectuais e interessantes, embora as repercussões dramáticas e prejuízo à saúde fossem conhecidos, alguns buscavam o que chamavam de “definhamento lírico” (SANTOS, 2010). A redução desses pensamentos se deu no início dos anos de 1920, a partir da ampliação do conhecimento sobre a doença. A tuberculose nesse momento representava um problema de saúde persistente, grave e prevalente entre as

populações encarecidas.

A negligência do poder público quanto ao controle da TB estimulou médicos e a sociedade civil a buscarem práticas que levassem a redução do número de casos da doença. Em 1899, foram fundadas a Liga Brasileira Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, e a Liga Paulista Contra a Tuberculose, em São Paulo. As ligas atuavam na promoção do tratamento e profilaxia baseados no conhecimento do meio médico-social europeu. Suas atenções eram voltadas para três questões: educação sanitária, atendimento aos pobres e estímulo à criação de sanatórios, dispensatórios e preventórios. Até o final dos anos 40, a TB ficou caracterizada por altas taxas de mortalidade, sendo marcada como uma das principais causas de óbito nas capitais brasileiras (HIJJAR, 2007).

Em 1920, a reforma Carlos Chagas foi um passo importante na luta contra a TB, representou uma fase de comprometimento do Estado no controle da doença, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, cujo objetivo era determinar o diagnóstico e o tratamento dos casos de TB, outro ponto importante era o empenho na prevenção da doença. No ano de 1927, iniciou-se a vacinação de recém-nascidos com a vacina contra o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG). Posteriormente, em 1930, os profissionais de saúde foram treinados e especializados em ações voltadas para o controle da TB (NETTO, 2002). Foi o médico brasileiro Manoel Dias de Abreu que em 1936, revolucionou com um método diagnóstico que combinava a radiografia de tórax e a fotografia. O método difundiu-se mundialmente como forma de rastreamento para a doença, suas principais vantagens foram a possibilidade de aplicação em larga escala e a inferioridade de custos comparado a radiografia convencional, tal método ficou conhecido como “Abreugrafia” (SILVA, 2006).

O avanço no tratamento da TB tem como marco o ano de 1943, quando o americano Selman Waksman descobriu a estreptomicina, um antibiótico bactericida. Nas décadas seguintes, buscou-se estudar novos fármacos que atuassem contra o bacilo e favorecessem um controle e tratamento eficaz da doença. Com essas pesquisas foram incluídos no tratamento da TB medicamentos que são utilizados até os dias atuais, como a isoniazida, a pirazinamida, o etambutol e a rifampicina. No Brasil esses medicamentos foram adotados como tratamento, passando por evoluções nos esquemas terapêuticos ao longo dos anos, tanto na droga de escolha como no período de duração do tratamento. Este passou de um período de 24 meses em 1944, para seis meses em 1979, isto influenciou para que ocorresse uma maior adesão e menor interrupção no tratamento medicamentoso (VIEIRA, 2012).

No cenário atual, mesmo após 144 anos da descoberta do bacilo causador da doença, a TB ainda representa um problema de saúde prevalente, responsável pela deterioração do estado de saúde de um grande número de pessoas no mundo todo. No ano de 2012, em média 8,6 milhões de pessoas desenvolveram a doença, onde 1,3 milhões evoluíram para óbito por TB. Dados epidemiológicos apontam que 82% de todos os casos da doença estão concentrados em 22 países. Os maiores índices são encontrados na Índia, China, África do Sul, Indonésia e Paquistão, o Brasil ocupa nessa lista a 16ª posição. Conforme dados do boletim epidemiológico, no ano de 2015, no Brasil houveram mais de 60 mil novos registros de tuberculose (BRASIL, 2015).

Para Andrade (2011), no Brasil a doença atinge principalmente as regiões carentes ou aglomerados urbanos, como nas periferias, onde geralmente está associada às más condições de moradia e de alimentação, falta de saneamento básico e outros fatores de risco associados como tabagismo, etilismo e drogadição. Em uma análise de risco no Brasil, foram identificados quatro grupos com maiores vulnerabilidades para desenvolver a tuberculose são estes: pessoas que vivem em situação de rua apresentam um risco 44 vezes maior que a população em geral, pessoas com HIV/AIDS com um risco de 35 vezes maior, na população carcerária, o risco de contaminação pela TB é 28 vezes mais elevado e por fim, a população indígena, que também apresenta um risco 3 vezes maior.

3.2 A TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

Ao analisarmos o perfil da população brasileira em cárcere no sistema prisional, é observada a presença significativa de moradores de rua e pessoas acometidas por HIV/AIDS. Ou seja, existe uma combinação dos três grupos que maior apresentam risco de serem acometidos pela tuberculose. Essa combinação pode potencializar as chances de adoecimento por TB nesses indivíduos (SOUZA, 2015). Nas últimas décadas, ocorreu um aumento da incidência e prevalência, além do surgimento de cepas multirresistentes. De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil o impacto deste problema requer mais estudos, mas observa-se que a população privada de liberdade representa 0,2% da população geral do país, porém é responsável por 5% de todas as notificações registradas (OLIVEIRA, 2012).

Segundo dados do Sistema Integrado de Informação Penitenciária - INFOPEN, no Brasil há 607.731 pessoas em privação de liberdade. Porém, o suporte de vagas no país oferece apenas 376.669 vagas, isto representa uma taxa de ocupação de 161% (BRASIL, 2014b). Para

Vitti (2013), estas pessoas estão submetidas a fatores que contribuem para a transmissão da tuberculose dentro do sistema prisional. Observa-se nas penitenciárias: aglomeração de pessoas, baixa ventilação, inacessibilidade ao serviço de saúde, diagnóstico tardio, interrupções do tratamento e saída dos detentos para as comunidades.

A Lei de Execução Penal Nº 7.210 de 11 de julho de 1984, em seu artigo 14, assegura às pessoas privadas de liberdade, o direito à assistência à saúde curativa e preventiva, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Quando o estabelecimento penal não possuir recursos para prover a assistência, esta deverá ser prestada em outro local. No ano de 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, foi estabelecido o direito de acesso universal à saúde para toda a população; O SUS é um sistema público, organizado e voltado aos cuidados de saúde de todos, independentemente da raça, crença, cor, classe social e local de moradia (BRASIL, 1984).

Em 2003, baseado nos princípios e diretrizes do SUS, em parceria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Justiça, através da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003, determinou a necessidade de ações organizadas que articulassem os serviços de saúde ao sistema penitenciário. Surgiu então o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP, com o intuito de empregar a lógica da atenção básica. Nesse plano são priorizadas as ações de prevenção e promoção da saúde, bem como o controle e a redução dos agravos e danos mais frequentes que acometem as pessoas no sistema prisional (BRASIL, 2003).

O PNSSP estipula que essas ações devam ser realizadas pelas equipes de saúde penitenciária. Cada equipe deve ser multiprofissional, composta por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social. Estas equipes terão uma jornada semanal de trabalho de 20 horas, e deverão ser incluídas nas unidades prisionais com mais de 100 presos, podendo atender uma demanda de até 500 pessoas. Para as unidades com menos de 100 presos, o atendimento à saúde poderá ser realizado pelos profissionais da rede pública de saúde, com realização de pelo menos um atendimento semanal (CASTRO, 2011).

Ainda resultado da parceria entre Ministério da Saúde e da Justiça, através da Portaria nº 482 de abril de 2014, foi normatizada e operacionalizada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – PNAISP. Esta política nasceu da avaliação dos dez anos do PNSSP, onde constatou-se fragilidades para seu funcionamento na contemplação do itinerário total carcerário. A PNAISP atua como uma extensão do PNSSP, e prevê os serviços de saúde em três diferentes constituições, divididas e definidas pelo número de pessoas em cada complexo penitenciário (BRASIL, 2014c).

A PNAISP representa um relevante avanço na atenção à saúde da população prisional, Além de ampliar a percepção de garantia de direitos sociais. Assim, ao maximizar o foco anteriormente dado pelo PNSSP, o público-alvo da política abrange a amplitude dessa população. Deste modo, todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Outro ponto importante destacado na PNAISP é a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde (BRASIL, 2014c).

3.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PESSOAS DO SISTEMA PENITENCIÁRIO NO BRASIL

Segundo Henrique et al (2013), quando uma pessoa se encontra em regime prisional, é responsabilidade do estado cuidar de sua saúde. Contudo, em um questionário aplicado, observou-se que os próprios representantes do estado desconhecem os totais deveres diante de ações voltadas para a manutenção da saúde nas pessoas privadas de liberdade. Além disso, é notório que a assistência à saúde nessa população é realizada em sua grande maioria de forma curativista.

Diante da necessidade, a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário definiu normas e recomendações para o tratamento e controle da tuberculose nas unidades prisionais. As principais recomendações são: isolamento de caso suspeito e investigação diagnóstica; tratamento supervisionado; acompanhamento clínico e laboratorial; redução de visitas e comunicantes; realização de baciloscopias de acompanhamento; e em casos de transferência de presos, os profissionais acompanhantes devem utilizar máscara, comunicar a unidade de destino, encaminhar em no máximo 24 horas o prontuário e a medicação em uso, com quantidade mínima para 15 dias (BRASIL, 2005).

Para Alcantara (2014), o controle da tuberculose permaneceu voltado para ações curativas, mas, uma grande redução no número de casos pode ser obtida com a adoção de medidas preventivas. A articulação entre a atenção primária e o ambiente prisional, resultaria em ações intramuros voltadas para a prevenção, promoção e tratamento de agravos à saúde. É fundamental priorizar ações voltadas para o controle da tuberculose, devendo ser estabelecido rotinas e fluxos que possibilitem o diagnóstico precoce, permitindo assim o início rápido do tratamento, interrompendo o ciclo bacilífero apresentado pelo paciente.

Para Marquieviz et al (2013), em relação a tuberculose, a atenção primária atua

diretamente na realização de exames diagnósticos, na diminuição de abandono de tratamento e na redução das taxas de mortalidade. De forma geral, no cotidiano observa-se que, por não possuir um serviço de saúde na penitenciária, quando um apenado apresenta-se visivelmente doente, são os próprios colegas de confinamento que percebem os sintomas e avisam ao agente carcerário, e este, ao analisar a situação solicita apoio para transportar o preso para os serviços de assistência, seja nas unidades básicas de saúde ou no âmbito hospitalar.

Nas unidades hospitalares, a internação dos pacientes acometidos por tuberculose é indicada para casos graves, recidivos, multirresistente, pessoas propensas ao abandono do tratamento, complicações da doença e em casos de novo tratamento. O Ministério da saúde estabelece estas recomendações quanto a internação, e indica que deve ser seguida uma linha de prioridades; meningite tuberculosa, intolerância ao tratamento medicamentoso, paciente em estado crítico que não possa receber atendimento ambulatorial, complicações clínicas ou cirúrgicas relacionadas ou não ao tratamento da TB e em situações de vulnerabilidade social.

Segundo Oliveira (2013), no Brasil, durante o ano de 2010 a taxa de internações hospitalares em pacientes acometidos por tuberculose foi de 7,2/100 mil habitantes. Tratando-se de uma pessoa em cumprimento de regime de privação de liberdade, ao necessitar de internação hospitalar para tratamento de algum problema de saúde, é necessário a destinação de uma enfermaria exclusiva, além de restrição ao leito e acompanhamento de escolta em período integral.

Em sua pesquisa, Irala (2016), ressalta que pessoas acometidas por HIV, hepatites e tuberculose estão comumente presentes no ambiente prisional. Além disso, assim como qualquer outro paciente, as pessoas em cumprimento de regime penal apresentam a necessidade de cuidados e intervenções para reestabelecerem suas funções fisiológicas normais, e para que isto ocorra, é necessário o uso de recursos humanos e materiais, incluindo a escolha do ambiente hospitalar como local mais apropriado para execução da assistência.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para o desenvolvimento do presente estudo, foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa.

Para Gil (2008), o estudo exploratório é caracterizado como sendo aquele que dispõe de um maior conhecimento acerca do problema a ser estudado, concedendo uma maior intimidade do pesquisador com o seu tema sugerido, aprimorando ideias e norteando a hipótese da pesquisa, a fim de possibilitar a avaliação dos aspectos envolvidos referentes ao objeto estudado, aperfeiçoando e descobrindo novos conceitos e ideias.

A abordagem qualitativa por sua vez aborda questões particulares, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionadas a um espaço mais estreito e profundo das relações e processos, empregados nos diversos graus de realidade que não são quantificados (MINAYO, 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na cidade de Caicó-RN, que está na zona centro-sul do estado do Rio Grande do Norte. De acordo com o IBGE (2016), Caicó possui 67.747 habitantes e sua área territorial é de 1.228,583 km². O município é considerado a principal cidade na região do Seridó. Possui 03 hospitais públicos, sendo eles: Hospital Regional do Seridó; Hospital do Seridó e Hospital Tiago Dias. Na cidade também há 23 unidades da Estratégia Saúde da Família e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

A pesquisa em questão foi realizada nas 03 (três) UBSF que assiste ou assistiu a demandas da Penitenciária Estadual do Seridó Desembargador Francisco Pereira da Nóbrega. A penitenciária é composta por quatro pavilhões, representados pelas letras A, B, C e D. O pavilhão A, é composto por 18 celas individuais, os pavilhões B e C são constituídos por 15 celas coletivas em cada bloco, e, por fim, o pavilhão D, que se localiza em uma área de nível de segurança média, é composto por cinco celas individuais e quatro coletivas. Além das celas, a penitenciária possui espaços como: cozinha, panificadora, lavanderia, e locais para recreação e oficinas (ARAÚJO, 2015).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população envolveu quatro enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que prestaram assistência aos doentes de tuberculose que se encontravam em situação de privação de liberdade na penitenciária do município de Caicó, bem como os funcionários desta instituição.

A amostra compreendeu os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que assistem ou assistiram aos doentes de tuberculose, diagnosticados e notificados através do SINAN, tendo como busca de notificação a Penitenciária Estadual do Seridó. A partir do agrupamento dos casos, foram identificados os enfermeiros que atuaram na assistência à saúde destas pessoas. Vale destacar que parte desta amostra foi identificada através de dados secundários registrados na secretaria de saúde do município, durante o período previsto para a coleta de dados.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Neste estudo foram incluídos os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que atuaram na assistência aos doentes de tuberculose que vivem em situação de privação de liberdade e que atenderam aos seguintes critérios:

- ✓ Assistiram aos apenados por, no mínimo, 30 dias;
- ✓ Demonstraram de livre escolha, interesse em participar desta pesquisa.

4.5 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este trabalho foi submetido à Plataforma Brasil, para encaminhamento posterior a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). E após a aprovação da pesquisa pelo CEP, cujo parecer recebeu a seguinte numeração 2.206.039, foram coletados os dados através do emprego da técnica de entrevista, norteadas por um roteiro semiestruturado, presente no Apêndice – B.

Para a coleta de dados o pesquisador participante se dirigiu ao(s) enfermeiro(s) atuantes nesta assistência para convidá-los a participar do estudo e averiguar a sua disponibilidade para agendamento da entrevista, visando evitar prejuízos na sua rotina e compromissos.

As entrevistas foram gravadas em aparelho de celular, em local previamente reservado com o enfermeiro. Com o intuito de manter o anonimato dos participantes do estudo, os mesmos foram identificados por nomes fictícios de super-heróis de desenho animado ou cinema, aos

quais os próprios participantes puderam sugerir. Após a gravação das entrevistas, o pesquisador participante fez a transcrição individualmente, para dar seguimento ao processo de análise do conteúdo.

No decorrer da coleta de dados, os voluntários foram expostos aos mínimos riscos de ordem pessoal ou coletiva. Estes puderam se expressar pelo constrangimento de responder aos questionamentos inerentes aos objetivos do estudo.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações foram analisadas conforme a técnica de Análise de Conteúdo Modalidade Temática proposta por Bardin, a qual se organiza em volta de um processo de categorização, que é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento, com critérios previamente definidos.

Optou-se por adotar a Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2011), entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Pode-se dizer que a Análise de Conteúdo supracitada compreendeu três etapas básicas a pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial. A pré-análise é compreendida por leituras e releituras constantes para a organização do material, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa frente ao material que foi coletado e na elaboração de indicadores que orientaram a sistematização dos dados. A descrição analítica: consiste na operação de codificação e na transformação dos dados brutos em unidades de compreensão do texto (núcleos de sentido) para a classificação e a agregação dos dados, procurando identificar as categorias e subcategorias que comandaram a especificação dos temas. E o tratamento dos resultados: consistiu na organização de uma estrutura condensada das informações para permitir, especificamente, reflexões e interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentada, utilizando os fragmentos das falas dos próprios sujeitos participantes da pesquisa.

Os resultados foram apresentados em tabelas e quadros temáticos. No segundo, encontram-se as categorias, subcategorias e material empírico obtido.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na qual trata das pesquisas envolvendo seres humanos, primando pelos fundamentos éticos e científicos pertinentes.

Segundo Brasil (2012), os fundamentos éticos e científicos são: respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados; e relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária.

Esta pesquisa ainda considerou os preceitos da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual é o código de ética dos profissionais de Enfermagem que leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrada na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos (COFEN, 2007, p. 30-31).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para compor a amostra deste estudo, foram entrevistados 04 Enfermeiros que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde próximas a Penitenciária Estadual do Seridó, na cidade de Caicó-RN. Estes profissionais participaram na assistência dos apenados acometidos por tuberculose no período de 2005 a 2015. As entrevistas tiveram duração máxima de 18 (dezoito) minutos e mínima de 9 (nove) minutos. Com o intuito de manter o anonimato, os entrevistados puderam escolher nomes fictícios de Super-Heróis para representá-los. Conforme esse quesito, os respectivos personagens foram escolhidos: Homem-Aranha, Capitão América, Elektra e Mulher Maravilha. De tal modo, segue abaixo tabela representativa dos dados sociodemográficos dos referidos profissionais.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem que atuaram na assistência de detentos acometidos por tuberculose na penitenciária Estadual do Seridó.

Dados sociodemográficos e profissionais	<i>f</i>	%
FAIXA ETÁRIA		
30	1	25
33	1	25
34	2	50
SEXO		
Masculino	2	50
Feminino	2	50
RELIGIÃO		
Católica	4	100
ESTADO CIVIL		
Solteiro	1	25
Casado	2	50
União Estável	1	25
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA		
3 Anos	1	25
6 Anos	1	25
9 Anos	2	50

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

Em concordância com o estudo realizado por Zanetti et al. (2010), essa pesquisa identificou que em geral, o perfil dos enfermeiros atuantes na ESF corresponde profissionais jovens, na faixa etária variando entre 20 e 40 anos. Além disso, o estudo demonstra que a

maioria destes profissionais ingressam no mercado de trabalho por meio de contratos temporários estabelecidos com a prefeitura.

Dos quatro enfermeiros entrevistados, o tempo de atuação profissional na rede de Atenção Básica apresentou uma média de 6,7 anos, sendo o mínimo com 03 anos de atuação, e o máximo com 09 anos de experiência. Para Oliveira (2009), a permanência do enfermeiro na mesma área por um longo período de tempo pode favorecer sua integração com a comunidade, facilitar a construção de um vínculo por meio da transparência de informações e relações de troca de confiança, assegurar a participação social, e proporcionar um maior domínio sob a rotina e demanda da comunidade.

Quanto a capacitação profissional e atuação diretamente relacionada a assistência da tuberculose na unidade prisional, podemos observar na tabela abaixo que apesar de jovens, os profissionais buscaram cursos de capacitação e especialização.

Tabela 2: Capacitação profissional e tempo de atuação diretamente relacionado a acometidos por tuberculose na penitenciária.

Dados profissionais	<i>f</i>	%
PÓS-GRADUAÇÃO		
Gestão em Saúde	2	20
Regulação em Saúde	1	10
Saúde do Trabalhador	1	10
Saúde Mental	1	10
Saúde Pública	2	20
Urgência e Emergência	2	20
UTI	1	10
TEMPO DE ATUAÇÃO EM CASOS DE TB NO PRESÍDIO		
1 Ano	1	25
2 Anos	1	25
3 Anos	1	25
6 Anos	1	25
JÁ FEZ CAPACITAÇÃO SOBRE TUBERCULOSE		
Sim	4	100
Não	0	
DO QUE SE TRATOU A CAPACITAÇÃO		
Manejo Clínico	4	50
Epidemiologia	2	25
Formas de Tuberculose	2	25

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

No Brasil, os cursos de Pós-Graduação em Enfermagem surgiram no ano de 1972, na ocasião, a Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro passou

a oferecer os níveis de mestrado e posteriormente em 1981, o nível de doutorado (SCOCHI, et al., 2013). Para Costa et al. (2014), a Pós-Graduação contribui para a produção de conhecimentos e qualificação profissional, tornando o profissional apto a articular ideias que objetivem suprir as necessidades apresentadas pela sociedade.

Considerando a realidade de que os enfermeiros da ESF colaboraram como ferramenta de serviço ao PNSSP, Costa et al. (2014a), evidenciou-se em seu estudo, que na maioria das vezes essas atividades ocorrem sem um planejamento adequado, afetando diretamente o resultado obtido.

Conforme Jamal (2007), a demanda de novas estratégias e atualizações de condutas existentes são imprescindíveis para a execução de uma assistência eficaz a um doente com tuberculose. De tal forma, requer-se a capacitação dos recursos humanos através de treinamentos intermitentes sobre as novas descobertas, novas técnicas e práticas clínicas envolvendo a tuberculose.

5.2 INTERFACES DA EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO A SAÚDE DE APENADOS COM TUBERCULOSE

As Unidades Básicas de Saúde em vínculo a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem por finalidade constituir a atenção primária em saúde. Por meio desta, são executadas ações de prevenção e promoção à saúde, bem como, a oferta de tratamento ambulatorial para algumas doenças presentes na comunidade, entre estas, a tuberculose (BRASIL, 2011).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, objetiva promover o controle e redução dos numerosos casos de TB que acomete a população Brasileira. Para isso, o PNCT atua interligado ao departamento de atenção básica, fortalecendo a rede de diagnóstico laboratorial, ampliando e garantindo o acesso a recursos, favorecendo a busca ativa, promovendo e descentralizando ações de controle da tuberculose na Atenção Básica (BRASIL, 2016a).

A Lei de Execução Penal Nº 7.210 de 11 de julho de 1984, em seu artigo 14, assegura às pessoas que estão cumprindo pena com exclusão de liberdade, o acesso a assistência à saúde curativa e preventiva, compreendendo atendimento por uma equipe de saúde multidisciplinar. Esta Lei, também determina que quando a instituição penal não possuir recursos para garantir essa assistência, esta deverá ser ofertada em integralidade por outra instituição de saúde.

Diante da realidade brasileira, grande parte das instituições prisionais do Brasil possuem

números de presos suficientes que justifiquem a demanda da instalação de Unidades Básicas de Saúde. Porém, no cotidiano observa-se que na maioria dos casos, principalmente em cidades menores, essa equipe interna inexistente e a assistência à saúde das pessoas apenas é ofertada por postos de saúde que ficam no mesmo bairro ou em proximidade das prisões (DAMAS, 2012).

Nessa perspectiva ao analisar o conteúdo das entrevistas, realizadas com os enfermeiros, identificou-se quatro categorias, que estão apresentadas em quadros. Desse modo, no quadro I, observa-se a primeira categoria, identificada como: “O enfrentamento da tuberculose no presídio”, seguida dos temas e dos fragmentos das entrevistas. Estes, demonstram traços do ambiente prisional, o relacionamento dos indivíduos com TB e a assistência na Unidade Básica de Saúde.

Quadro 1: Temas referentes ao ambiente prisional e relacionamento com a tuberculose e a assistência na Unidade Básica de Saúde.

CATEGORIA I: O ENFRENTAMENTO DA TB NO PRESÍDIO	
Tema	Fragmentos das entrevistas
O Ambiente prisional	<p>[...] “Um ambiente extremamente aglomerado onde existem muitas pessoas juntas, a probabilidade da bactéria se espalhar é muito grande [...] É uma cela que comporta de 5 a 8 pessoas, e as vezes tem 20 pessoas dentro, então é um ambiente de extremo risco.” [...] (Homem-Aranha)</p> <p>[...] “É um ambiente insalubre, não há ventilação adequada nas celas, são muitos detentos, é um ambiente que facilita a disseminação da doença” [...] (Mulher Maravilha)</p> <p>[...] “É uma clientela diferenciada, que lhe expõe a vários riscos né, riscos de violência e contato com várias doenças.” [...] (Capitão América)</p>

<p align="center">A assistência através da ESF</p>	<p>[...] “Quando eu cheguei a trabalhar naquele setor que no tempo não existia uma equipe de saúde própria para a penitenciária, era o enfermeiro da unidade de saúde que dava esse apoio a penitenciária no tratamento de pacientes acometidos por tuberculose” [...] (Mulher Maravilha)</p> <p>[...] “Tínhamos um médico, que era quem solicitava todos os exames e identificava. Eu, como enfermeira, exercia a função de levar os medicamentos e explicar como eram tomados.” [...] (Elektra)</p>
<p align="center">O Diagnóstico da Tuberculose</p>	<p>[...] “Quando o paciente tosse muito e começa a ter febre, ele é retirado da unidade e é levado até uma unidade de saúde próxima, o médico faz o diagnóstico e a prescrição para ele iniciar o tratamento” [...] (Homem-Aranha)</p> <p>[...] “Esse diagnóstico quase sempre era feito através do agente penitenciário, que ao passar nas celas, os próprios detentos diziam: “olhe, fulano tá tossindo há mais de três semanas” eles com medo, diziam ao agente, e o agente passava para mim. ” [...] (Elektra)</p> <p>[...] “É um trabalho praticamente individual da enfermagem de fazer investigação e tratamento desses casos, a falta de uma equipe é uma grande dificuldade para efetuar o controle. “[...] (Capitão América)</p>

Fonte: Dados da pesquisa, Caicó- RN, 2017.

Observa-se na primeira categoria deste estudo que os enfermeiros entrevistados favoreceram a identificação dos seguintes temas: “O ambiente prisional”, “A assistência através da ESF” e “O diagnóstico da Tuberculose”.

Diante dos temas que puderam ser identificados a partir dos fragmentos das entrevistas, os participantes do estudo relataram as condições ambientais de reclusão e aglomeração de pessoas, como um dos principais fatores que contribuem para a disseminação da TB entre os indivíduos apenados. Em estudo similar realizado por Sánchez (2007), observou-se que o risco de uma pessoa contrair a tuberculose no ambiente prisional pode ser até 35 vezes maior, quando associado a hipoventilação do ambiente e condições de higiene precária.

Em relação a prática assistencial envolvendo o público alvo na penitenciária, foi relatado que os profissionais apresentaram cautela ao prestar a assistência aos apenados, porém

houveram medidas de intervenções para promover o controle da TB na penitenciária. Tendo em vista que foram diagnosticados e tratados doentes com TB no âmbito das Unidades Básicas de Saúde. De acordo com Apolinário (2013), o medo é um fator que faz parte da subjetividade do enfermeiro ao adentrar as muralhas das penitenciárias, isso pode afetar diretamente a integralidade das ações em saúde.

No controle da tuberculose, os profissionais que adentravam a penitenciária, geralmente eram enfermeiros e técnicos em enfermagem. Após identificação dos sintomas, as informações eram transmitidas a UBS. A partir desse movimento, o médico solicitava exames e confirmava o diagnóstico. Para Costa et al. (2014a), apesar de necessário, a atenção primária a saúde dos detentos ocorre na maioria das vezes com uma equipe parcial ou incompleta, sem que haja uma programação prévia ou inclusão na rotina e cronograma de atendimento da UBS.

O diagnóstico da TB nessa população representa uma barreira para os enfermeiros. São relatadas dificuldades no relacionamento interpessoal e limitações na frequência dos atendimentos. De tal modo, quando um paciente apresenta sintomas característicos de TB, os próprios companheiros de cela ou o agente penitenciário tornam-se um instrumento de vigilância e notificação para que possa ser investigado e posteriormente tratado as ocorrências com suspeita de TB. O estudo realizado por Vitti (2013), apresentou as mesmas características, apontando o agente penitenciário como um dos principais atuantes na investigação dos sintomas e confirmação diagnóstica.

Conforme Campos (2006), em casos sintomáticos, os exames diagnósticos devem ser iniciados rapidamente, principalmente a baciloscopia do escarro por meio da microscopia em pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR através do método de Ziehl-Neelsen. Isto auxilia para que o tratamento possa ser rapidamente iniciado, interrompendo o ciclo de transmissibilidade da doença e aumentando a eficácia terapêutica dos medicamentos.

Dando seguimento ao estudo, observa-se no quadro 2, a segunda categoria classificada como: “O tratamento dos casos de tuberculose”, associada aos seus temas e respectivos fragmentos das entrevistas. Vale ressaltar que estes surgiram ao averiguar como os profissionais de enfermagem abordam o tratamento da tuberculose na penitenciária.

Quadro 2: Temas referentes aos medicamentos e tratamento dos indivíduos acometidos por TB.

CATEGORIA II: O TRATAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE	
	[...] “Quanto aos medicamentos, a Regional de Saúde já dispensa o tratamento completo

<p style="text-align: center;">Os medicamentos</p>	<p>para o paciente, ficando sob responsabilidade do enfermeiro o controle e armazenamento [...] então todo mês dávamos o suficiente para um mês. Eu realizava visitas quinzenais ou mensais a penitenciária, sempre quando íamos, já levávamos a medicação, fazíamos o controle da medicação de cada paciente” [...] (Mulher Maravilha)</p> <p>[...] “Quando era notificado algum caso, e iniciado o tratamento, automaticamente já recebíamos os medicamentos para 2 meses de tratamento para etapa inicial, e depois recebíamos a segunda etapa para mais 4 meses de tratamento. Esses medicamentos eram dados para eles, no pavilhão para eles tomarem. ” [...] (Homem-Aranha)</p>
<p style="text-align: center;">O TDO</p>	<p>[...] “Lá tem uma pessoa que entrega a medicação todos os dias, mas na sexta feira era entregue quantidade para o final de semana, não era realizado o tratamento diretamente observado.” [...] (Elektra)</p> <p>[...] “O agente entregava e eu ficava sabendo que eles usavam junto com drogas, ou trocavam medicamentos. O agente penitenciário dava o medicamento todo dia, porém houve um problema e começaram a entregar o medicamento para dois dias e na sexta entregavam para o fim de semana.” [...] (Mulher Maravilha)</p> <p>“A única supervisão que a gente faz, é porquê cortamos a medicação e entregamos separadamente dia a dia, embora nos finais de semana isso não possa acontecer, porquê em finais de semana a gente acaba entregando a medicação pra ele tomar no final de semana inteiro. ” [...] (Homem Aranha)</p>
<p style="text-align: center;">As interrupções no tratamento</p>	<p>[...] “Existem muitos apenados que acabam interrompendo o tratamento por motivo A ou motivo B, muitos deles recebem liberdade provisória ou liberdade por alvará e não dão continuidade ao tratamento fora da penitenciária [...] Muitas vezes acontece o esquecimento por parte do apenado em fazer uso da medicação [...] inclusive há abandonos no tratamento, em um nível considerável. ” [...] (Homem-Aranha)</p> <p>[...] “O grande problema é quando o paciente é liberado, a gente não sabia se ele tava dando</p>

	continuidade ao tratamento, não sabíamos nem para onde ele ia [...] ou o caso de rebeliões, por que as vezes tínhamos os medicamentos mas não podíamos entrar se estivesse em rebelião.” [...] (Elektra)
--	--

Fonte: Dados da pesquisa, Caicó- RN, 2017.

Na segunda categoria, pode-se identificar que os colaboradores do estudo referiram aspectos do tratamento farmacológico. Partindo disso, foram agrupados os seguintes temas: “Os medicamentos”, “O TDO” e “As interrupções no tratamento”.

Na referida categoria, foram pontuadas a obtenção e distribuição dos tuberculostáticos, a participação e supervisão do tratamento e alguns fatores que causaram com a interrupção do tratamento. Todos os profissionais verbalizaram a importância de seguir o esquema farmacológico sem interrupções e a necessidade do tratamento diretamente observado.

Conforme foi referido, havia disponibilidade dos medicamentos de forma integral, mediante demanda, tais medicamentos eram requeridos pelos profissionais na UBS, sob prescrição médica, voltando-se para os enfermeiros a responsabilidade de assegurar seu armazenamento e distribuição aos doentes. Nesse sentido, Silva et al. (2007), salienta que é dever do Estado fornecer os recursos necessários para o tratamento da doença, bem como os fármacos a serem utilizados. E, uma vez garantidos estes recursos, na atenção básica, é atribuição do enfermeiro solicitar um suprimento regular adequado a necessidade.

Segundo Mota et al. (2003), na década de 90 a TB foi considerada um problema de saúde global de emergência, devido a isso, em 1993 foi formulada a estratégia de acompanhamento e supervisão do tratamento, ficando conhecida como DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course). Conforme normatização do Ministério da Saúde (Brasil, 2011a), as pessoas no regime prisional constituem um grupo de risco ao qual é recomendada o controle da TB por meio do Tratamento Diretamente Observado, mesmo que este seja executado por meio da atenção básica.

No tocante ao TDO, os trechos das entrevistas revelam que os profissionais sabem a importância da supervisão, e expressaram ser a modalidade de administração mais indicada para o tratamento da TB nos apenados. Porém, como não podem estar presente todo os dias na penitenciária, contam com o auxílio do agente penitenciário, que faz apenas a distribuição desses medicamentos a cada dois dias. E nos finais de semana, fornece o quantitativo equivalente as doses para os três dias.

Diante desta realidade, os profissionais prestavam todas as orientações de uso e posologia dos medicamentos, mas sem o controle da supervisão. Assim, o uso da medicação ficava sob a condução do próprio apenado. E de tal modo, essa prática favorecia as interrupções no tratamento, havendo inclusive desvio do seu fim, sendo usados como moeda de troca ou associados ao consumo de álcool e outras drogas.

Para Andrade (2005), a ingestão dos medicamentos para tratamento da TB paralela ao consumo abusivo de álcool e outras drogas deprimem as defesas imunológicas, e podem aumentar em até um 1/3 o tempo do tratamento. Além disso, as pessoas consideradas etilistas representam uma maior parcela dos indivíduos que abandonam o tratamento.

Além disso, conforme identificado nos relatos dos enfermeiros, há o frequente abandono e interrupção do tratamento da TB por inúmeros motivos. Entre os principais citados estão: o esquecimento em tomar a medicação, a impossibilidade da entrega de medicamentos em ocasiões de rebeliões, desistências de tratamento após cessarem os sintomas ou a perda do contato com o paciente após a liberdade provisória ou definitiva.

De modo semelhante, o estudo desenvolvido por Chirinos (2011), identificou que, no segundo mês do tratamento há uma melhora clínica do doente, e por isso, esse não se sente estimulado a concluir o tratamento. Este estudioso defende que algumas estratégias podem ser usadas para aumentar a adesão do paciente ao tratamento, como exemplo: o sistema de recompensa através de cesta básica para cada mês em que o tratamento seja cumprido.

Já no quadro 3 deste estudo, apresenta-se a categoria: “As potencialidades dos enfermeiros na assistência a tuberculose”. Nesta categoria, os temas foram agrupados conforme as potencialidades elencadas pelos enfermeiros. No decorrer da análise, os fragmentos foram organizados nos seguintes temas: “A busca ativa”, “A educação em saúde” e “As condutas para o controle”.

Quadro 3: Temas referentes as potencialidades elencadas pelos enfermeiros na assistência a tuberculose.

CATEGORIA III: AS POTENCIALIDADES DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA A TUBERCULOSE	
	[...] “No pavilhão feminino consegui fazer em média 90% de investigação dos sintomáticos respiratórios e exames pré-diagnósticos. Nos homens, que são pavilhões onde temos menos acesso, consegui fazer bastante, mas não foi uma porcentagem tão

<p style="text-align: center;">A busca ativa</p>	<p>alta como nas mulheres.” [...] (Capitão América)</p> <p>[...] “Existe dentro do calendário da atenção básica uma semana chamada a semana voltada para atenção a tuberculose, e algumas unidades trabalham isso inclusive realizamos dentro da penitenciária, principalmente o trabalho de busca ativa, que é um serviço muito importante para a cada dia que passa buscar mais casos novos que podem vir a acometer alguns apenados” [...] (Homem-Aranha)</p> <p>[...] “Eu também perguntava pelos contatos deles, familiares, porém nunca obtinha uma informação muito sólida, embora eu dizia que a tuberculose era uma doença transmitida pelas vias aéreas, e que as pessoas que conviviam com ele também estavam correndo risco de ter a doença, mas poucos acompanhantes e contatos deles, me procuraram. [...] (Mulher Maravilha)</p>
<p style="text-align: center;">A educação em saúde</p>	<p>[...] “As atividades educativas, eu acho isso uma questão importante, mas o que falta para isso são os recursos, e o tempo para nós sermos liberados para isso, já que temos a rotina da Unidade Básica para cumprir. Temos dificuldade de organizar o espaço na penitenciária, como organizar esses detentos lá de uma forma que nos ofereça segurança.” [...] (Elektra)</p> <p>[...] “Fizemos campanhas educativas quando tinha atendimento, como se fosse uma sala de espera para as pessoas que estão para ser atendidas, eu falo um pouquinho sobre a tuberculose, apresento folders, cartazes falando sobre a doença, que isso também é uma atividade de controle.” [...] (Capitão América)</p> <p>[...] “A partir do momento que detectamos novos casos, já temos preocupações com os comunicantes daquele paciente, com isso iniciamos diversas ações educativas.” [...] (Homem Aranha)</p>

As condutas para o controle	<p>[...] “Tentamos fazer o isolamento no período bacilífero, forneço algumas máscaras para ele usar, e oriento também os comunicantes dos apenados naquele período de transmissão, como também a família quando vem visitar.” [...] (Capitão América)</p> <p>[...] “A rede de Atenção Básica oferece o PPD o teste rápido para tuberculose, oferece raio-X, temos todo um aparato para trabalhar” [...] (Homem Aranha)</p> <p>[...] “Avaliávamos como eles estavam reagindo, se estavam bem, se estavam melhorando, fazíamos a coleta do BK de controle, geralmente eram essas as atividades.” [...] (Mulher Maravilha)</p> <p>“Era mais de forma curativa, não de forma preventiva.” [...] (Elektra)</p>
------------------------------------	---

Fonte: Dados da pesquisa, Caicó- RN, 2017.

No tocante as potencialidades dos enfermeiros em promover o controle da tuberculose no ambiente prisional, foi relatado a busca ativa como uma das tarefas mais realizadas, embora as visitas a penitenciária tenham ocorrido de forma esporádica. Os profissionais informaram realizar o rastreio da tuberculose por meio da busca ativa de pacientes sintomáticos nos pavilhões feminino e masculino e também nos comunicantes e familiares de pessoas já diagnosticadas. Segundo Brasil (2011b), a busca ativa da TB é uma estratégia efetiva e auxilia a reduzir os custos na detecção da doença. As ações investigativas devem estar voltadas para os grupos que apresentam um maior risco de adoecimento, como: população carcerária, etilistas e usuários de drogas, pacientes imunodebilitados ou contatos de doentes com TB.

Referente ao tema “A educação em saúde”, os enfermeiros relataram aproveitar o momento de visita a penitenciária para executar ações educativas voltadas a orientação e prevenção da tuberculose e seus respectivos agravos. De acordo com Sá (2013) compete a ESF prestar orientações de promoção a saúde para a comunidade, desse modo, deve realizar ações educativas visando o controle de agravos e doenças em todo seu território de atuação.

No intuito de promover o controle da TB no presídio, ao realizarem a educação em saúde os enfermeiros utilizaram material educativo impresso, e a escolha do método informativo foi a reunião coletiva previamente a consulta para roda de conversa e esclarecimento de dúvidas sob o tema. Contudo, os profissionais citaram algumas barreiras na realização destas ações, como a dificuldade de organização do local, a indisponibilidade de tempo e questões de segurança.

No que diz respeito as condutas ofertadas pelos enfermeiros, o enfoque principal foi nas ações com propósito curativo. Quando confirmado o diagnóstico, tentou-se fazer o isolamento do paciente no período bacilífero, como nem sempre o isolamento era possível, os profissionais forneciam máscaras e o paciente permanecia dividindo a cela com outros internos. De acordo com Silva (2013), o modelo curativista centrado na técnica e na doença não promove a participação do doente no processo de cuidado. De tal modo, tais fatores afetam diretamente o manejo adequado da doença e prejudica a interação entre os profissionais e indivíduos.

Para confirmação diagnóstica da TB, os profissionais da atenção primária contam com o suporte na realização de exames, os principais citados foram: o PPD, o exame de Raio-X, o teste rápido e as Baciloscopias de controle. A oferta destes exames na atenção primária do município condiz com uma das metas do PNCT, que segundo Brasil (2016a) é proporcionar a ampliação do acesso aos métodos diagnósticos.

O teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), é um teste simples e rápido que pode detectar o *Mycobacterium Tuberculosis* e também indicar se há resistência à rifampicina. No ano de 2012, o SUS passou a oferecer o TRM-TB em noventa e dois municípios brasileiros. Municípios sede de presídios e com demanda significativa de baciloscopias cumprem com os critérios de inclusão para fazer parte da Rede de Teste Rápido para Tuberculose (BRASIL, 2015a).

Por fim, a quarta categoria deste estudo foi intitulada “Dificuldades encontradas na execução da assistência a tuberculose”. Diante da análise dos fragmentos, os temas dessa categoria foram dispostos em: “A adesão dos pacientes ao tratamento”, “Os exames de controle” e “O temor nas relações interpessoais”.

Nesta categoria, foram pontuadas a obtenção e distribuição dos medicamentos, a participação e supervisão do tratamento e alguns dos fatores que causaram a interrupção do tratamento. Todos os profissionais verbalizaram sob a importância de seguir o esquema farmacológico sem interrupções e a necessidade do tratamento diretamente observado.

Quadro 4: Temas referentes as dificuldades identificadas pelos enfermeiros na assistência a tuberculose.

CATEGORIA IV: AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA EXECUÇÃO DA ASSISTÊNCIA A TUBERCULOSE	
	[...] “O paciente não se compromete com o seu estado de saúde, até pelo convívio com pessoas que eles as vezes nem conhecem, ou que vivem em conflito nas celas. A penitenciária em si é uma área de risco de

<p>A adesão dos doentes ao tratamento</p>	<p>inúmeras doenças infecto contagiosas, assim como a tuberculose. ” [...] (Homem-Aranha) [...] “Também posso relatar que alguns pacientes, com a conscientização e orientação da gente, aderem bem ao tratamento e fazem a automedicação. Mas alguns deles tem uma certa restrição até mesmo em ter contato com a equipe de saúde, eles dizem lá, que alguns chefes bloqueiam que eles possam ver muito a equipe de saúde, então temos dificuldade de fazer o acompanhamento desses pacientes. ” [...] (Capitão América)</p>
<p>Os exames de controle</p>	<p>[...] “A questão do BAAR, das baciloscopias, que pediam para enviar as amostras, mas o transporte das amostras para levar até a secretaria de saúde era complicado. Também a questão do PPD, que tinha que ir fazer no hospital Tiago Dias, porque tinha que mandar um ofício para conseguir uma escolta para levar o apenado pra fazer. ” [...] (Elektra) [...] “Outra barreira também é a coleta dos exames de escarro, mandamos os potes para fazer a coleta, porém esse pote as vezes é desviado para fazer outra coisa, utilizado para colocar outro material, ou não chega ao paciente. ” [...] (Capitão América) [...] “O ideal era que tivesse uma equipe de saúde interna na penitenciária, para prestar um atendimento contínuo, acompanhar o tratamento de perto, realizar o controle com as baciloscopias e com isso fazer com que o tratamento fosse mais efetivo.” [...] (Mulher Maravilha)</p>
	<p>[...] “Primeiramente o medo, por que a gente tem muito medo, não da doença, mas do que eles podem fazer conosco, acontecia muito essa questão do medo, do ambiente e das pessoas.” [...] (Elektra) [...] “Quando eu cheguei, as pessoas que já trabalhavam na equipe diziam que os profissionais as vezes sentiam medo de ir lá, porquê é um local perigoso, das vezes que eu fui, mesmo com medo eu ia, sempre tinha um agente penitenciário dando todo apoio, levava eles para um local mais tranquilo, eu não entrava para a cela, se não me engano era para a sala de aula que levavam eles, sempre</p>

O temor nas relações profissional-doente	<p>tinha o agente, e eles sempre me respeitaram muito como profissional.” [...] (Mulher Maravilha)</p> <p>[...] “Em relação ao medo, eu nunca tinha trabalhado antes na parte de saúde prisional, em contato direto com apenados, então no primeiro momento o medo existiu sim [...] eu tinha um pouco de receio, mas fazia o atendimento juntamente com os agentes penitenciários e também o próprio apenado vê a gente com um olhar de alguém que ta ali pra ajudar, com isso consegui driblar esse medo e desempenhar meu trabalho. [...] (Capitão América)</p>
---	--

Fonte: Dados da pesquisa, Caicó- RN, 2017.

Para executar as intervenções em saúde na penitenciária, os profissionais relataram algumas dificuldades que impediam ou atrasavam a realização da assistência ao apenado com TB. Entre as principais, a falta de adesão dos doentes ao tratamento, que foi pontuada por todos os enfermeiros como obstáculo frequente na promoção do controle da doença. Para Almeida (2017), o termo não adesão ao tratamento pode ser utilizado com concordância com o ato de escolha frequente do paciente em não obedecer a prescrição médica. Atualmente, a não adesão ao tratamento é apontada como um dos fatores de influência direta na elevação da incidência da TB, mortalidade e casos multirresistentes.

No estudo realizado por Cantalice (2009), os dados demonstraram que a atenção básica vive um desafio permanente na tentativa de aumentar a adesão ao tratamento da TB. De tal modo, seu estudo mostrou que a utilização de cestas básicas ou fornecimento de alimentação é uma estratégia eficaz e pode aumentar os percentuais de adesão em até 40%.

Outro ponto importante observado nos fragmentos das entrevistas com os enfermeiros, foram as dificuldades envolvida na realização dos exames de controle. Nesse quesito, os relatos principais apontaram os aspectos burocráticos e administrativos ligados aos exames, bem como o uso inadequado do recipiente para coleta de amostra para as baciloscopias. Segundo Sicsú et al. (2016), a realização mensal da baciloscopia de controle nos pacientes acometidos é necessária no segundo, quarto e sexto mês para cumprir o esquema básico. Para casos de baciloscopia positiva no final do segundo mês de tratamento, é necessário realizar cultura e teste de sensibilidade. Para comprovar cura, os pacientes bacilíferos precisam apresentar duas baciloscopias negativas, sendo uma na fase de acompanhamento e outra na fase final do tratamento.

Além disso as relações interpessoais entre profissional e doente foi revelada como um fator dificultador na atenção à saúde do apenado com TB. Nessa perspectiva, o medo foi o fator predominante no relato dos entrevistados. Este configura-se como uma realidade pertinente no relacionamento entre as pessoas privadas de liberdade e os profissionais da atenção básica. De acordo com Irala (2016), o sentimento de medo presente nos profissionais da ESF que prestam suporte a população carcerária é decorrente do estigma social atribuído a estas pessoas.

Apesar do medo constituir uma dificuldade, os profissionais relataram que ao iniciar o contato com este público, por vezes era possível o estabelecimento de um vínculo de confiança. Ponce (2011), preconiza que a criação de um vínculo de confiança entre o profissional e paciente promove o estímulo ao autocuidado, confere autonomia ao doente e favorece o sucesso das intervenções empregadas pelos profissionais durante o tratamento da TB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária em saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde da Família posiciona-se como o serviço público em saúde mais acessível à toda a população brasileira. Neste nível de atenção, são ofertados serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento ambulatorial e direcionamento para a reabilitação de usuários. Na realidade do Brasil, muitos presídios contam com suporte da atenção primária para cuidar das necessidades em saúde dos apenados, não só para tuberculose, mas para outros comprometimentos da saúde.

Assim ao analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da atenção à saúde ofertado ao doente de tuberculose submetidos a privação de liberdade, no município de Caicó, alguns achados foram conhecidos.

No tocante aos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros participantes neste estudo, foi possível identificar que são profissionais jovens, divididos na mesma proporção entre sexos, de religião católica, e que adentraram na atenção básica como primeira oportunidade de emprego, com idade média de 26 anos. Além disso, após a graduação e entrada no mercado de trabalho, estes profissionais continuaram suas qualificações por meio da educação continuada. Foram computados um total de 10 (dez) cursos de pós-graduação entre os 04 (quatro) participantes.

Quanto ao controle da tuberculose na penitenciária, todos os profissionais relataram que participaram diretamente na assistência aos doentes. E o tempo médio de atuação destes profissionais envolvendo as práticas assistenciais para TB no presídio foi de 03 (três) anos. Dentre as condutas realizadas, os profissionais descreveram intervenções de promoção, prevenção, controle, tratamento e reabilitação de pacientes. Destas, as principais ações relatadas foram: as ações educativas, a busca ativa de sintomáticos, a realização de teste rápido, PPD, a coleta do escarro e a administração e orientação acerca do uso dos medicamentos.

Vale ressaltar que todos os participantes possuem alguma capacitação relacionada a tuberculose. Além disso, foi possível identificar através dos relatos, que estes reconhecem a penitenciária como um local que favorece a disseminação da doença e que necessita de intervenções contínuas, que ultrapassam os espaços das intervenções de profissionais de saúde, para o estabelecimento de controle

Diante desta realidade, pôde-se averiguar que existem vários fatores que se apresentam como dificuldades e interferem a execução dessas ações. Dentre as principais dificuldades que

afetam o desenvolvimento dessas condutas, está o expressivo temor nas relações interpessoais entre enfermeiro e doente. Acredita-se que este seja decorrente do estigma social ao qual estas pessoas são subjugadas, como também aos traços de insegurança, relacionado ao funcionamento do sistema prisional, marcado pela superlotação e sua cascata de prejuízos.

De tal modo, compreende-se que a insegurança relatada pelos profissionais interfere na integralidade das ações educativas e no estabelecimento do vínculo de confiança com o paciente. Outras dificuldades apontadas pelos enfermeiros foram as falhas na realização dos exames diagnósticos e de controle, bem como a insuficiência de recursos para atender a demanda de toda a penitenciária.

Para sobressair-se diante da realidade vivenciada, os enfermeiros apresentaram algumas potencialidades para exercer o controle da TB na penitenciária. Os profissionais relataram que apesar de difícil, as ações de busca ativa foram realizadas em uma grande parcela deste público, tornando possível o diagnóstico precoce e início rápido do tratamento. Ainda consideraram que as ações educativas, por eles realizadas, embora com pouca frequência e baixo número de apenados-, estas são essenciais para promover o controle da TB.

Além dessas potencialidades, os enfermeiros demonstraram preocupações relacionadas aos familiares e comunicantes dos pacientes com TB, buscando realizar intervenções no âmbito da visita, que visam a prevenção do contágio. Outro destaque, foi o relato de que é possível vencer o estigma da insegurança e iniciar um relacionamento de vínculo entre o profissional e o paciente com base na confiança.

Deste modo, a partir do desenvolvimento deste estudo, foi possível reconhecer alguns dos problemas que envolvem o controle da tuberculose nas penitenciárias, no contexto da atenção primária em saúde. Logo, uma das sugestões dos entrevistados foi a aplicação das políticas públicas já existentes, para que seja inserida uma UBS dentro da penitenciária, facilitando assim a prática assistencial, possibilitando a estratégia da supervisão do tratamento e obtendo um melhor resultado no controle da TB.

Apesar das limitações desse estudo, tanto no que se refere as delimitações geográficas quanto a quantidade de profissionais que englobaram a amostra, o estudo evidencia que o controle da TB nas pessoas em unidades prisionais é uma tarefa necessária, difícil e que está longe de ser alcançada.

REFERÊNCIAS

APOLINÁRIO, F. H. **Significados atribuídos por enfermeiros à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional**. 2013. 140f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013. Disponível em: < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/Significados-atribuídos-por-enfermeiros-à-assistência-que-prestam-a-indivíduos-em-situação-prisional.pdf>>. Acesso em: 13 de agosto de 2017.

ALCANTARA, L. M. et al. Ações para controle da tuberculose no sistema penitenciário masculino. **Revista de enfermagem UFPE online**. v. 8, n. 11, p. 3823-32. Recife, 2014. Disponível em: < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6679/10745>>. Acesso em 18 de Setembro de 2016.

ALMEIDA, M. A. **Adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do município da Serra do Espírito Santo**. 2015. 19f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9055>>. Acesso em: 14 de agosto de 2017.

ANDRADE, R. L. P.; VILLA, T. C. S.; PILLON, S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **Rev Eletr Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.1, n.1, 2005. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v1n1/v1n1a08.pdf>>. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

ANDRADE, H. L. Tuberculose nas populações prisionais de duas penitenciárias estaduais do Rio Grande do Norte. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**. v. 3, n. 4, p. 2608-15, 2011. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1504>>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

ANDRZEYVSKI, A.; LIMBERGER, J. B. Tuberculose no Sistema prisional: Revisão sistemática da epidemiologia, diagnóstico e tratamento farmacológico. **Rev Ciências da Saúde**. v. 14, n. 2, p. 189-98. Santa Maria, 2013. Disponível em: < <http://periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1046>>. Acesso em: 12 de setembro de 2016.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. **Ed revista atualizada**. Portugal: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/>>. Acesso em: 19 de setembro de 2016

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>>. Acesso em: 14 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/>>. Acesso em: 21 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose**. v. 46, n. 9, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>>. Acesso em: 21 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública**. v. 47, n. 13, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/boletim-epidemiologico>>. Acesso em: 27 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias – INFOPEN**, 2014b. Disponível em: <<http://dados.mj.gov.br/dataset/>>. Acesso em: 05 de setembro de 2016.

_____. **Lei n. 7.210 de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1.777, de 09 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 482 de 1º de abril de 2014**. Institui normas para a operacionalização da 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, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2 ed. Brasília, 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2016.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**. Protocolo de enfermagem. Brasília-DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf>. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. – 2. ed. – Brasília, 2011b. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_tuberculose11.pdf>. Acesso em: 13 de agosto de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Rede de teste rápido para tuberculose no Brasil**. – 1ª ed. – Brasília, 2015a. Disponível em: <<http://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/22111536-18-primeiro-ano-da-rede-de-teste-rapido-para-tuberculose-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 13 de agosto de 2017.

CANTALICE, J. P. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol**, v.35, n.10, p. 992-997, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n10/v35n10a08.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2017.

CAMPOS, H. S. Diagnóstico da tuberculose. **Pulmão RJ**, v.15, n.2, p. 92-99, 2006. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/profissionais/revista/2006/n_02/07.pdf>. Acesso em: 09 de agosto de 2017.

CASTRO, V. D. **Saúde nas prisões: um estudo da implementação do programa de controle da tuberculose em uma unidade do sistema penitenciário**. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: < <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2531> >. Acesso em: 02 de outubro de 2016.

COFEN. Resolução nº311/2007. **Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem**. Brasília-DF, 2007.

COSTA, C. M. M. et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.4, p. 1471-1484, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1471.pdf> >. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. C. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.3, p. 599-606, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/23>>. Acesso em: 13 de agosto de 2017.

DAMAS, F. B. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat**, Florianópolis, v.5, n.3, p. 6-22, 2012. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/148/177>>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

FERRI, A. O. et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. **Revista Liberato**. v. 15, n. 24, p. 105-212. Novo Hamburgo, 2014. Disponível em: <<http://revista.liberato.com.br/ojs-2/index.php/revista/article/view/317>>. Acesso em: 19 de julho de 2016.

GONÇALVES, K. A. M. et al. Caracterização do perfil sócio-demográfico e epidemiológico de portadores de tuberculose. **Congresso virtual brasileiro de educação, gestão e promoção da saúde**. Gurupi. Convibra Saúde – 2012. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/70/2012_70_4112.pdf>. Acesso em: 28 de agosto de 2016.

HENRIQUE, J. W. A. et al. O cuidado na atenção primária à saúde da população carcerária masculina no município de Caraúbas – RN. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 37, n. 2, p. 394-406, 2013. Disponível em: <<http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbps/article/view/360>>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 41, p. 50-58, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf> >. Acesso em: 01 de outubro de 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 22 de setembro de 2016.

IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R.; CESTARI, M.E. Trabalho em saúde com pacientes apenados: sentidos metafóricos gerados no contexto hospitalar. *Acta Paul Enferm*. v. 24, n. 2, p. 206-12, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/08.pdf>> Acesso em: 03 de outubro de 2016.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.1, p. 104-110, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6545.pdf>>. Acesso em: 08 de agosto de 2017.

LERMEN, H. S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Revista de saúde coletiva**. v. 25, n. 3, p. 905-924. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00905.pdf>>. Acesso em: 06 de setembro de 2016.

LINDNER, L. Da Cruz de Lorena ao cata-vento: análise sobre as representações simbólicas e iconográficas na luta contra a tuberculose. **J Manag Prim Health Care**. v. 3, n. 2, p. 140-150, 2012. Disponível em: < <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/download/152/155>>. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Revista da Soc. Brasileira Clínica Médica**. v. 10, n.3, p. 226-230, São Paulo, 2012. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>>. Acesso em: 25 agosto de 2016.

MARQUIEVIZ, J. et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba – PR. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 1, p. 265-271, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/27.pdf>>. Acesso em: 28 de julho de 2016.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007. Disponível em: < <http://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2016.

MOTA, F. F. et al. Distribuição espacial da mortalidade por tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 915-922, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16841.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2017

NAPOLI, A. E. R. **Perfil epidemiológico da tuberculose urogenital no Distrito Federal, Brasil, em nove anos (2001 a 2009)**. 2011.59 f. Dissertação de mestrado - Faculdade de medicina de Botucatu – FMB, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/99199>>. Acesso em: 21 de agosto de 2016.

NETTO, A. R. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n1/7636.pdf>>. Acesso em: 31 de julho de 2016.

NOGUEIRA, et al. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. **Revista brasileira de farmácia**. v. 93, n. 1, p. 3-9, 2012. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-1.pdf>>. Acesso em: 13 de setembro de 2016.

OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S.; CAMACHO, L. A. B. O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. **Cad. Saúde Coletiva**. v. 20, n. 2, p. 250-7, 2012. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_250-257.pdf>. Acesso em: 02 de setembro de 2016.

OLIVEIRA, N. F.; GONÇALVES, M. J. F. Fatores sociais e ambientais associados à hospitalização de pacientes com tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0507.pdf>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

OLIVEIRA, R.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. A importância do relacionamento entre o enfermeiro e a população adscrita: implicações para promoção da saúde no psf. **Informe-se em promoção da saúde**, v.5, n.2, p. 16-18, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/implicacoes%206.pdf>>. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

PESSOA, J. R. **Fundação Oswaldo cruz. Centro de pesquisas Aggeu Magalhães**. Plano de intervenção para implementação do programa de controle da tuberculose no município da Ilha de Itamaracá – PE, com ênfase nas unidades prisionais. Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010pessoa-jr.pdf>>. Acesso em: 17 de setembro de 2016.

PONCE, M. A. Z. et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_21.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2017.

PRINCE, K. A. **Epidemiologia clássica e molecular da tuberculose pulmonar em pacientes da região norte de Minas Gerais**. Tese de Doutorado em farmácia – Faculdade de ciências farmacêuticas de Araraquara – UNESP, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/108419>>. Acesso em: 19 de agosto de 2016.

SAITO, J. M. **Congresso Nacional de Iniciação Científica**. Tuberculose no Brasil: Uma revisão de literatura. Faculdade Anhanguera de Bauru. Conic -Semesp, 2014. Disponível em: <<http://conic-semesp.org.br/anais/files/2014/trabalho-1000016980.pdf>>. Acesso em: 28 de setembro de 2016.

SANTOS, L.V.R. A tuberculose e sua ressonância nas obras de Álvares de Azevedo e Manuel Bandeira. **Revista discente de Estudos Históricos**. v. 1, p. 36-48, Patos de Minas, 2010. Disponível em: <http://pergaminho.unipam.edu.br/documents/43440/43861/a_tuberculose_e_sua_ressonancia.pdf>. Acesso em: 30 de julho de 2016.

SÁ, L. D. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Revista da escola de enfermagem da USP**. v. 46, n. 2, p. 356-63, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a13v46n2.pdf>>. Acesso em: 09 de outubro de 2016.

SÁ, L. D.; et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.15, n.1, p.103-11, 2013. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf>. Acesso em: 14 de agosto de 2017.

SÁNCHEZ, A. A. M. M. **Tuberculose em população carcerária do estado do Rio de Janeiro: prevalência e subsídios para formulação de estratégias de controle**. 2007. 72f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1497>>. Acesso em: 12 de agosto de 2017.

SCOCHI, C. G. S. et al. Pós-graduação stricto sensu em enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Rev Bras Enferm**. v.66, n.1, p. 80-89, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea11.pdf>>. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

SICSÚ, A. N., et al. Intervenção educativa para a coleta de escarro da tuberculose: um estudo quase experimental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24, n.270, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/117369/115065>>. Acesso em: 17 de agosto de 2017.

SILVA, D. M. **Tratamento da tuberculose na Atenção Básica: avaliação de estrutura e processo dos serviços de saúde**. 2013. 89f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da

Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em:

<<http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/5128>>. Acesso em: 15 de agosto de 2017.

SILVA, M. B. B. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. **Revista de saúde coletiva**. v. 20, n. 2, p. 653-82, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a17v20n2.pdf>>. Acesso em: 19 de agosto de 2016.

SILVA, M. E. L. N. Uma cruzada contra a tuberculose em Salvador (1930 a 1950). **Revista de pesquisa história**. v. 24, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/his-13902>>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

SILVA, A. C. O. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev Eletr de Enfermagem**, v.9, n.2, p. 402-416, 2007. Disponível em: <http://fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/pdf/v9n2a09.pdf>. Acesso em: 13 de agosto de 2017.

SOUZA, E. P. et al. Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Revista Cuidarte**. v. 6, n. 2, p. 1094-1102, 2015 Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a10.pdf>>. Acesso em: 22 de agosto de 2016.

TEOTONIO, V. L. A. **Tendencia epidemiológica da coinfeção tuberculose-HIV no Brasil, entre 2003 e 2013**. Dissertação de mestrado em saúde coletiva – Universidade católica de Santos – UNISANTOS, Botucatu, 2011. Disponível em: <<http://biblioteca.unisantos.br:8181/handle/tede/2881>>. Acesso em: 09 de setembro de 2016.

VIEIRA, I. C. **Conhecer, tratar e combater a “peste branca”. A fisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853 a 1975)**. Dissertação de doutorado em história – Faculdade de Letras da Universidade do Porto. 2012. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/66773>>. Acesso em: 04 de setembro de 2016.

VITTI, W. J. **Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. O Controle da Tuberculose nos Presídios: Atuação das Equipes de Saúde na Região (DRS VI) de Bauru/SP**. Santos, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/106048>>. Acesso em: 02 setembro de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report**. Geneva, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saúde**. Ijuí, v.9, n.3, p. 448-455, 2010.

Disponível em:

<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/7664/6655>>. Acesso em: 09 de agosto de 2017.

APÊNDICE A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN

Eu SANDRA NÚBIA PEREIRA BRILHANTE autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulado: "O CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE O CONTROLE DA TUBERCULOSE NUMA PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN" que será desenvolvido no município de Caicó - RN, por Enéas Gomes Neto, discente do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande- *Campus* Cuité-PB, sob orientação da professora Édija Anália Rodrigues de Lima.

Caicó - RN, 13 de Janeiro de 2017.

Sandra Núbia Pereira Brilhante
Secretária de saúde do município de Caicó

Sandra Núbia Pereira Brilhante
Sec. Municipal de Saude
CPF: 525.094.434-53

APÊNDICE B _ ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Iniciais do nome:	Idade:
Tempo de atuação na atenção Primária:	Religião:
Pós-graduação:	Estado Civil:
Tempo atuação no presídio?	
Já fez capacitação/treinamento sobre Tuberculose () Sim () Não	
Se sim. Quando? _____. Do que tratou a capacitação/Treinamento? _____	
ROTEIRO PARA ENTREVISTA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Você já teve oportunidade de desenvolver alguma atividade voltada para o controle da tuberculose na penitenciária? Fale um pouco sobre o que desenvolveu. 2. Qual(is) ação(ões) para o controle da tuberculose são mais desafiadoras na penitenciária? Fale um pouco. 3. Na sua opinião, quais as principais dificuldades, de modo geral, enfrentadas pelos enfermeiros, da Atenção básica, para a controlar a tuberculose na penitenciária? Fale um pouco. 4. Na sua opinião, quais as principais potencialidades dos enfermeiros, da Atenção básica, para a controlar a tuberculose na penitenciária? Fale um pouco. 	

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Esta pesquisa intitulada “DISCURSO DE ENFERMEIROS SOBRE O CONTROLE DA TUBERCULOSE NUMA PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN” trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, e está sendo desenvolvido pelo aluno Enéas Gomes Neto, sob a orientação da Prof.^a MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima.

O estudo tem como objetivo geral: Analisar o discurso dos enfermeiros acerca da atenção à saúde ofertada ao doente de tuberculose submetidos a privação de liberdade, no município de Caicó, estado do Rio Grande do Norte. E objetivos específicos: Identificar os dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros; Investigar as ações de enfermagem desenvolvidas na penitenciária para controlar a tuberculose; e Averiguar limitações e potencialidades para o controle da tuberculose diante dos doentes privados de liberdade.

O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela necessidade de compreender as práticas adotadas para o controle da tuberculose dentro da penitenciária, assim como analisar a assistência ofertada a essa população, e o discurso dos enfermeiros da atenção primária sobre as especificidades para execução das medidas assistenciais envolvendo a tuberculose nestas pessoas.

Dessa forma, o senhor (a) está sendo convidado (a) a participar deste estudo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Além disso, a sua participação trará riscos mínimos de ordem pessoal ou coletiva. Estes poderão se expressar pelo constrangimento de responder aos questionamentos referentes a assistência à saúde prestada. E contribuirá para o desenvolvimento de estudos que versem pela qualidade das pessoas acometidas pela Tuberculose. Diante disso, o pesquisador assumirá a responsabilidade de indenização de eventuais danos, mesmo que não sejam previstos. E caso ocorra alguma despesa ou prejuízo, em virtude da sua participação no estudo, o senhor (a) será ressarcido.

Os dados serão coletados por meio de visualização de registros e de entrevista conduzida por um roteiro composto por perguntas referentes à temática pesquisada, e que farão parte de um trabalho científico a ser posteriormente publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será resguardando, garantindo o sigilo e privacidade.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, essa decisão será respeitada e acatada.

Estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para o engrandecimento do conhecimento científico.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o (a) pesquisador (a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste documento assinada por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Caicó – RN, ____/____/2016

Enéas Gomes Neto
Pesquisador participante

Participante da Pesquisa

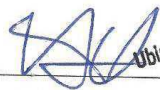
Prof^ª. MsC. Édija Anália Rodrigues de Lima.
Pesquisador Responsável

APÊNDICE D_ TERMO DE ANUÊNCIA SETORIAL

Eu Ubirajara Araújo de Oliveira autorizo a coleta de dados da pesquisa intitulado: "O CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE O CONTROLE DA TUBERCULOSE NUMA PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN" que será desenvolvido no município de Caicó - RN, por Enéas Gomes Neto, discente do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande- *Campus Cuité-PB*, sob orientação da professora Édija Anália Rodrigues de Lima.

Estou ciente que a coleta de dados envolverá enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que prestaram assistência a pessoa em privação de liberdade, acometida por tuberculose, que está ou esteve nesta penitenciária.

Caicó - RN, 02 de 03 de 2017.



Ubirajara Araújo de Oliveira
Diretor do PES - Caicó/RN
Matrícula: 170.614-4

Ubirajara Araújo de Oliveira
Diretor da Penitenciária Estadual do Seridó
Desembargador Francisco Pereira da Nóbrega

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
 Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP
 Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.
 Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.



TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo-assinados, Orientador e Orientando(s) respectivamente, da pesquisa intitulada “O CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE O CONTROLE DA TUBERCULOSE NUMA PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC/EBSER (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC/EBSERH, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 08 de Julho de 2017.

 Orientador(a)

Emílias Gomes Neto

 Orientando

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE O CONTROLE DA TUBERCULOSE NUMA PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN

Pesquisador: ÉDIJA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67549517.5.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.206.039

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório de natureza qualitativa. A população envolverá os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que assistem ou assistiram os doentes de tuberculose que vivem em situação de privação de liberdade na penitenciária do município de Caicó. A amostra compreenderá seis (6) enfermeiros. Os dados serão coletados por meio de entrevista e analisados conforme os pressupostos da Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da atenção à saúde ofertado ao doente de tuberculose submetidos a privação de liberdade, no município de Caicó, estado do Rio Grande do Norte.

Objetivo Secundário:

- Identificar os dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros;
- Investigar as ações de enfermagem desenvolvidas na penitenciária para controlar a tuberculose;
- Averiguar limitações e potencialidades para o controle da tuberculose diante dos doentes

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.206.039

privados de liberdade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Os participantes estarão expostos aos mínimos riscos de ordem pessoal ou coletiva. Estes poderão se expressar pelo constrangimento de responder aos questionamentos referentes a assistência à saúde prestada. Informa que será garantido o anonimato, bem como assegurada a privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Benefícios:

- Ampliar a compreensão acerca das práticas adotadas para o controle da tuberculose dentro da penitenciária, assim como analisar a assistência ofertada a essa população, afim de contribuir com melhorias na atenção a saúde desta clientela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- Projeto detalhado;
- Termo de Anuência Setorial do diretor da penitenciária Estadual do Seridó;
- Termo de Autorização Institucional da Secretaria de Saúde de Caicó;
- Termo de compromisso dos pesquisadores;
- Termo de compromisso de divulgação dos resultados;
- Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos;
- Termo de consentimento livre e esclarecido.

Recomendações:

Anexou o cronograma atualizado.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.206.039

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as solicitações.

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_844185.pdf	10/07/2017 12:55:15		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompPesq_Eneas.doc	10/07/2017 12:54:28	ÉDIJA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Outros	Divulg_Resultados_1904.pdf	20/04/2017 09:22:15	ÉDIJA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Outros	Aut_Set_Eneas_PTB.jpeg	18/04/2017 18:50:22	ÉDIJA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FR_Eneas_PTB.pdf	20/01/2017 13:54:06	ÉDIJA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Outros	Comp_pesquisadores.pdf	20/01/2017 13:47:42	ÉDIJA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/01/2017 13:46:47	ÉDIJA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Outros	Autoriz_Int_Caico.pdf	20/01/2017 13:45:27	ÉDIJA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Eneas_TCC1.pdf	20/01/2017 13:44:22	ÉDIJA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.206.039

CAMPINA GRANDE, 08 de Agosto de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br