



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANA CLÁUDIA MOREIRA SANTANA

**PERFIL E PERCEPÇÃO DOS DETENTOS DA PENITENCIÁRIA REGIONAL DO
SERTÃO DA PARAÍBA ACERCA DA TUBERCULOSE**

CAJAZEIRAS - PB

2014

ANA CLÁUDIA MOREIRA SANTANA

**PERFIL E PERCEPÇÃO DOS DETENTOS DA PENITENCIÁRIA REGIONAL DO
SERTÃO DA PARAÍBA ACERCA DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Maria Soraya Pereira Franco

CAJAZEIRAS - PB

2014

ANA CLÁUDIA MOREIRA SANTANA

**PERFIL E PERCEPÇÃO DOS DETENTOS DA PENITENCIÁRIA REGIONAL DO
SERTÃO DA PARAÍBA ACERCA DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
parcial para a obtenção do grau de Bacharel
em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/2014

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Maria Soraya Pereira Franco
Orientadora - ESTC/CFP/UFCG

Prof^ª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
Examinadora - UAENF/CFP/UFCG

Prof^ª. Esp. Olga Feitosa Braga Teixeira
Examinadora - ESTC/CFP/UFCG

Dedico essa conquista aos meus amados pais, Luiz e Maria das Graças, pelo amor incondicional, carinho, compreensão e apoio.

A minha Filha, Anna Júlia, por existir e dar sentido ao mundo.

Ao meu marido, Daniel, por me ensinar, todos os dias, os sentidos da palavra companheiro.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que me guardou durante todo o percurso desta vitória, que me guiou e me fez forte para superar os obstáculos e tornar possível o alcance deste objetivo.

Aos meus pais, Luíz e Maria das Graças, por serem o meu maior exemplo de vida, pelo apoio e incentivo durante todos esses anos, a fim de ver meus sonhos concretizados e, por serem meu porto seguro.

A minha filha, Anna Júlia, que por um longo tempo ficou sem a presença materna, por todo amor, imenso carinho, paciência e compreensão com a minha ausência durante essa jornada de trabalho.

Ao meu amor, meu marido, Daniel, companheiro de caminhada, fé e luta, por todo o amor, paciência, incentivo e compreensão. Por ter se feito presente todos esses anos, compartilhando os momentos mais felizes e os mais difíceis.

As amigas, Camíla Cíntia, Gabrieli e Letícia Milena, por compartilharem comigo nesses 5 anos, diversos momentos, de alegria e tristeza, brincadeiras, descontrações, carinho, conselhos e desentendimentos, que eram bem constantes, mas agente sempre se entendia no final. Agradeço a cada uma de vocês pelas lições e por todas as vezes que ouvi que tudo ia dar certo.

Aos amigos de turma, companheiros que serão lembrados sempre, pelo carinho, pela convivência diária calorosa, pelo coleguismo, pelas horas de estudo juntos, pelos momentos de aflição e de glória compartilhados.

A minha querida orientadora Maria Soraya P. Franco, por ser mais que uma professora, pelo apoio, incentivo, confiança, carinho, sabedoria compartilhada, dicas, leitura, dedicação e conversas, tão importantes para o desenvolvimento desse trabalho.

Ao diretor da Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras, Jailson de Matos, pela oportunidade de desenvolver o projeto de monografia na instituição e pelo apoio e contribuição neste trabalho.

A enfermeira da Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras, Rozália, pela disponibilidade, total apoio e contribuição na construção desse trabalho.

Aos Professores do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG, pelos conhecimentos transmitidos ao longo do curso, necessários e indispensáveis para a minha formação, pois contribuíram para a ampliação dos meus horizontes profissionais, científicos e pessoais.

Aos membros da banca examinadora, as professoras Maria Mônica Paulino do Nascimento e Olga Feitosa Braga Teixeira, pela aceitação e disponibilidade em contribuir e participar da avaliação deste estudo.

Por fim, agradeço, a todos os detentos que participaram dessa pesquisa, pela confiança, pelo aprendizado nas entrevistas e por me mostrarem que é possível resistir diante de situações adversas e encontrar vida e alegria mesmo onde esta busca parece difícil.

A todos que estiveram presentes nesta caminhada, muito obrigada!

“Mesmo quando tudo parece desabar cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar, por que descobri no caminho inserto da vida, que o mais importante é o decidir.”

(Cora Carolina)

SANTANA, Ana Cláudia Moreira. **Perfil e percepção dos detentos da penitenciária regional do sertão da Paraíba acerca da tuberculose**. 2014. 76 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2014.

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecciosa que representa um grave problema de saúde pública global principalmente em grupos confinados. Estudos realizados desde 1994 mostram que a sua incidência e prevalência é maior entre as pessoas privadas de liberdade do que na população em geral, em virtude dos presídios comporem um ambiente hiperendêmico, relacionado à presença de fatores de risco como: celas superpopulosas; mal ventiladas; com pouca iluminação solar; exposição freqüente ao *Mycobacterium Tuberculosis* em ambiente confinado e dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão. Dessa forma, a realização desta pesquisa é de fundamental importância para que o conhecimento sobre essa temática possa viabilizar o planejamento e a implementação de ações e estratégias que possibilitem o seu controle. O objetivo desse trabalho é identificar a incidência de tuberculose e o perfil dos detentos da penitenciária regional do sertão da Paraíba. Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório-descritivo, com uma abordagem quantiquantitativa, que foi realizado com detentos de uma penitenciária regional do sertão da Paraíba, para tanto foi utilizado um questionário semi-estruturado, compreendendo os dados sociodemográficos, epidemiológicos, jurídico-penais e percepção dos detentos sobre a tuberculose, sendo aplicado no mês de agosto de 2014. O exame laboratorial, baciloscopia de escarro, foi realizado nos detentos que foram identificados como sintomáticos respiratórios, a partir das entrevistas. Em seguida os dados quantitativos foram codificados e organizados com auxílio do Microsoft Excel 2010 sendo apresentados na forma de gráficos e tabelas enquanto que para os dados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo, posteriormente esses dados foram discutidos a luz da literatura. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sob Parecer de nº 748.797. A amostra contou com 148 detentos da unidade prisional e os resultados obtidos mostraram que a população em sua maioria era constituída por homens jovens, na faixa etária de 30 a 34 anos (30%), a cor parda predominou com 64% dos detentos, o estado civil solteiro foi a categoria mais representada com 48% dos participantes, a maioria tinha o ensino fundamental incompleto (67%) e eram naturais do estado da Paraíba (84%). Verificou-se uma predominância de apenados sentenciados (72%), condenados no Art. 33 (tráfico de entorpecentes) (24%), cumprindo pena de 8 a 15 anos (27%) e encarcerados a no máximo 1 ano (55%). Em relação a epidemiologia e a percepção sobre a tuberculose, observa-se em maior freqüência detentos que não apresentam tosse (54%), febre (84%), perda de peso (79%), que não tiveram tuberculose anterior (95%) e que “enxergam” a tuberculose como uma doença curável, transmissível e com tosse. Dos que relataram tosse, a predominância era de tosse existente por mais de três semanas (43%) e com expectoração (69%). E quanto à realização da baciloscopia todos os resultados foram negativos. Os dados obtidos possibilitaram entender que o controle da doença nas prisões é possível através de uma atenção integral á saúde do preso, promovendo o rastreamento ativo da tuberculose com a realização de campanhas de busca ativa no momento do ingresso do detento no sistema penitenciário e uma busca ativa periódica de toda a população prisional.

Descritores: Tuberculose. Penitenciária. Detentos.

SANTANA, Ana Cláudia Moreira. Profile and awareness of the regional penitentiary inmates the backlands of Paraíba in tuberculosis. 2014. 76 f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras- PB, 2014.

ABSTRACT

Tuberculosis is an infectious disease that poses a serious global public health problem especially in confined groups. Studies since 1994 show that the incidence and prevalence is higher among persons deprived of freedom than in the general population, because the prisons compose one hyperendemic environment, related to the presence of risk factors such as overcrowded cells; poorly ventilated; with little sunlight; frequent exposure to *Mycobacterium tuberculosis* in confined spaces and difficult access to health services in prison. Thus, this research is of fundamental importance for the understanding of this theme can facilitate the planning and implementation actions and strategies that enable your control. The aim of this work is to identify the incidence of tuberculosis in penitentiary inmates the regional hinterland of Paraíba. This is a field study of exploratory and descriptive, with a statistic approach, which was conducted with inmates of a prison in the regional hinterland of Paraíba, for both a semi-structured questionnaire was used, comprising sociodemographic, epidemiological data, criminal jurídico- and perception of inmates about TB being applied between the months of August 2014 the laboratory examination, sputum smear was performed on detainees who were identified as respiratory symptoms, from interviews. Then the quantitative data were coded and analyzed by Microsoft Excel 2010 being presented as graphs and tables and qualitative data content analysis was used subsequently these data were discussed by the literature. The study was approved by the Ethics Committee of the Faculty Santa Maria, in Opinion No. 748 797. The sample included 148 inmates of the prison unit and the results showed that the population was composed mostly of young men, aged 30-34 years (30%), the brown color predominated with 64% of the inmates, the single marital status was the most represented with 48% of participants category, most had incomplete primary education (67%) and were the natural state of Paraíba (84%). There was a predominance of sentenced inmates (72%), convicted in Art. 33 (drug trafficking) (24%), serving a 8-15 years (27%) and incarcerated in a maximum 1 year (55%) . In relation to epidemiology and the perception of tuberculosis, it is observed in more prisoners who do not have frequency cough (54%), fever (84%), weight loss (79%) who had no previous TB (95%) and who see TB as a curable, transmissible disease and cough. Reported that the cough was the predominance of existing cough for more than 3 weeks (43%) and sputum (69%). And as for sputum smear microscopy results were all negative. The data obtained made it possible to understand that the disease control in prisons is possible, through a wholly attention to health of the prisoner, promoting the active trace of tuberculosis with conducting an active search campaigns at the time of admission of the inmate in the prison system and a periodic active search of the entire prison population.

Keywords: Tuberculosis. Penitentiary. Inmates.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 - Distribuição percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme a naturalidade. Cajazeiras- PB, 2014. 38
- GRÁFICO 2 - Distribuição percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme a existência de casos de TB na família. Cajazeiras- PB, 2014. 43
- GRÁFICO 3 - Distribuição percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme a classificação enquanto sintomático respiratório. Cajazeiras- PB, 2014. 47
- GRÁFICO 4 - Distribuição percentual dos detentos classificados como SR, conforme indicação para a realização da baciloscopia. Cajazeiras- PB, 2014. 48
- GRÁFICO 5 - Distribuição percentual dos detentos indicados para a realização da baciloscopia, conforme os resultados dos exames de escarro realizados. Cajazeiras- PB, 2014. 49
- GRÁFICO 6 - Distribuição percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme as informações recebidas acerca da tuberculose e medo de sofrer preconceito. Cajazeiras- PB, 2014. 52

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 - Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme faixa etária, raça/cor, estado civil e escolaridade. Cajazeiras- PB, 2014. 35
- TABELA 2 - Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme situação prisional e comarca de origem. Cajazeiras- PB, 2014. 39
- TABELA 3 - Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme o delito cometido. Cajazeiras- PB, 2014. 40
- TABELA 4 - Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme a duração da pena e o tempo de permanência no ambiente prisional. Cajazeiras- PB, 2014. 42
- TABELA 5 - Distribuição numérica e percentual dos detentos que afirmaram a existência de casos de TB na família, conforme a realização do tratamento do caso de TB e a avaliação dos comunicantes. Cajazeiras- PB, 2014. 44
- TABELA 6 - Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme o tratamento anterior para a tuberculose, presença de febre vespertina, perda de peso e existência de tosse. Cajazeiras- PB, 2014. 45
- TABELA 7- Distribuição numérica e percentual dos detentos que afirmaram estar com tosse, conforme o tempo de existência da tosse e a presença de expectoração. Cajazeiras- PB, 2014. 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistente
BCG	Bacilo de Colmette-Guerin (Vacina antituberculose)
BK	Bacilo de Koch
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América do Norte
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
InfoPen	Sistema Nacional de Informação Penitenciária
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSS	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPD	Derivado Protéico Purificado
Sinan	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SR	Sintomático Respiratório
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TB	Tuberculose
TB- MDR	TB Multirresistente
UT	Unidade de Tuberculina
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE	18
3.1.1	A tuberculose no mundo e no Brasil	18
3.2	POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	19
3.3	POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA	20
3.4	SISTEMA PRISIONAL	22
3.5	DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PREVALENTES NA POPULAÇÃO CONFINADA	24
3.6	DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE	26
3.6.1	Baciloscopia direta	26
3.6.2	Cultura para micobactéria	27
3.6.3	Exame radiológico	27
3.6.4	Prova tuberculínica	27
4	MATERIAL E MÉTODO	29
4.1	TIPO DE ESTUDO	29
4.2	LOCAL DA PESQUISA	29
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	30
4.5	INSTRUMENTOS E MÉTODOS	31
4.6	COLETA DE DADOS	31
4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	32
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS DETENTOS	34
5.2	VARIÁVEIS JURÍDICO- PENAIS	39
5.3	CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS DETENTOS	43
5.4	RESULTADOS DOS EXAMES DE BACILOSCOPIA	46
5.5	PERCEPÇÃO DOS DETENTOS ACERCA DA TUBERCULOSE	52

5.5.1	A tuberculose como uma doença curável e transmissível	53
5.5.2	As complicações inerentes a tuberculose	54
5.5.3	A falta de informações sobre a TB	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICES	64
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	68
	APÊNDICE C – Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável	71
	APÊNDICE D – Termo de Compromisso do Pesquisador Participante	72
	ANEXOS	73
	ANEXO A – Termo de Autorização Institucional	74
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	75

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que representa um grave problema de saúde pública global, principalmente em países desenvolvidos. Apresenta característica contagiosa que afeta principalmente os pulmões, tendo como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*, denominado também como Bacilo de Koch (BK) uma bactéria aeróbica, ácido resistente e sensível ao calor (BRASIL, 2010).

Essa doença infecciosa dissemina-se pelo ar, e é transmitida através de gotículas, contendo o bacilo, expelidas por uma pessoa com tuberculose pulmonar, ao tossir, falar ou espirar. Quando essas gotículas são inaladas por pessoas suscetíveis, os bacilos, contidos nas gotículas, podem chegar aos alvéolos onde se instalam, multiplicam-se e estabelecem a infecção. Ao multiplicarem-se os bacilos podem chegar a corrente sanguínea e se disseminar pelo corpo atingindo outros órgãos, como gânglios linfáticos, pleura, laringe, cérebro, rins e ossos (SMELTZER et al., 2009).

Porém, esse processo pode ser contido através do sistema imune que combate a infecção impedindo a evolução da doença para a tuberculose propriamente dita. No entanto, essa pessoa continuará infectada, porém sem desenvolver a tuberculose, até o momento em que o seu sistema imune não consiga mais conter os bacilos, o que acarreta o desenvolvimento da patologia com possível transmissão, elevando assim os números de casos na população (BRASIL, 2008).

Esse aumento no número de casos eleva a prevalência da TB, que no Brasil é muito alta, chegando a matar cerca de 4,5 mil pessoas por ano, sendo em 2008 a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2011b).

Segundo França (2012), os grupos mais suscetíveis a desenvolverem a tuberculose, levando em consideração a população como um todo, é a população que vive em situação de rua, os indivíduos HIV positivos, os povos indígenas, bem como as pessoas privadas de liberdade.

Dentre as doenças prevalentes em presidiários, a tuberculose é a doença de maior frequência, representando um importante problema de saúde nas prisões, compondo, desde estudos realizados em 1994, uma incidência e prevalência maior entre as pessoas privadas de liberdade do que na população em geral (NOGUEIRA; ABRAHÃO; GALES, 2012).

Segundo Larouze, Sánchez e Diuana (2008) e Stuckler (2008), a tuberculose nas prisões dos países de alta e média endemicidade compõem um importante problema de saúde,

sendo também a frequência de formas resistentes e multirresistentes bastante elevadas nesse ambiente, fato esse relacionado ao tratamento irregular e a detecção, dos casos de resistência, tardia.

Foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) 5% dos casos de TB apenas no sistema prisional, em um país onde 0,2%, da população do país, representam a população prisional. No estado do Rio de Janeiro foi avaliado através de inquérito radiológico, a prevalência de TB na população confinada, obtendo valores entre 4,6% e 8,6% nas pessoas já aprisionadas e nas ingressantes no sistema penitenciário 2,7% (BRASIL, 2011b).

Estudos realizados no sistema penitenciário para identificar a prevalência de TB entre os presidiários mostraram que ao utilizar a baciloscopia como método diagnóstico essa prevalência chega a 787/100.000 presos/ano e quando utilizado o método de cultura de escarro esses números chegam a 5.310/100.000 presos/ano (FRANÇA, 2012). Números de prevalência bem superiores ao número de incidência de TB na população brasileira em geral, 37,8/100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde estabelece alguns fatores que colaboram para números tão elevados de casos de TB entre os presidiários, dividindo esses fatores em dois tipos, os fatores relacionados aos indivíduos e sua condição de vida antes do encarceramento: jovens de grande maioria masculina, com baixa escolaridade; provenientes de comunidades desfavorecidas com maior ocorrência de TB; maior prevalência de infecção pelo HIV; antecedentes de prisão e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. E os fatores relacionados ao encarceramento: celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação solar; exposição frequente ao *Mycobacterium tuberculosis* em ambiente confinado e dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão (BRASIL, 2011b).

Considerando que as prisões compõem um ambiente hiperendêmico para o desenvolvimento da tuberculose, é preconizada a realização de uma busca ativa de TB entre os presidiários para a detecção de casos bacilíferos positivos, essa busca ativa pode ser realizada através de dois métodos de rastreamento: o rastreamento baseado na existência de tosse igual ou superior a duas semanas e o rastreamento radiológico baseado na existência de anormalidade radiológica, esses métodos são utilizados para selecionar o público que realizará o teste diagnóstico para TB. Ressaltando que a busca ativa deve ser realizada no momento do ingresso do detento no sistema penitenciário e uma busca ativa periódica ao menos uma vez ao ano de toda a população prisional (JITTIMANEE, et al., 2007; SÁNCHEZ, et al., 2009).

Pautado nessa realidade, elevada prevalência de TB no sistema prisional, a enfermagem enquanto profissão deve estar inserida nesse contexto, visando à manutenção individual e coletiva da saúde dos aprisionados. Contribuindo de forma significativa, promovendo ações estratégicas, como a busca ativa para detecção precoce dos casos de TB e eventual controle da doença nessa população, através da interrupção da cadeia de transmissão, por meio do tratamento adequado.

Mediante a grandeza dessa problemática e levando em conta a escassez ainda existente de trabalhos científicos publicados sobre a referida temática, percebe-se a necessidade da execução de novos estudos que enfatizem a incidência de tuberculose entre as pessoas privadas de liberdade, identifique o perfil sociodemográfico e epidemiológico como também, a percepção dos detentos sobre a TB, em virtude das lacunas relativas a essas variáveis na referida população.

Dessa forma, a realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de identificar os casos de TB entre os aprisionados, na população carcerária no município de Cajazeiras, Paraíba no ano de 2014, bem como conhecer o perfil e a percepção dos mesmos acerca da doença. Percebendo que através do conhecimento sobre essa temática, é possível implementar ações e estratégias que possibilite o controle da infecção tuberculosa na população penitenciária.

Bem como, também pela necessidade de prestar uma atenção integral a saúde dos indivíduos que encontram-se reclusos em um ambiente tão insalubre, onde foram colocados porque infringiram as leis impostas pela sociedade e são esquecidos pela população em geral, que só se preocupa em ficar longe dessas pessoas “perigosas” e esquece que um dia essas pessoas iram pagar a sua dívida e voltar para convívio social. No entanto, como essas pessoas iram voltar? Piores do que entraram e provavelmente infectados com alguma doença e conseqüentemente disseminando certas patologias no meio social no qual estarão inseridos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a incidência de tuberculose e o perfil dos detentos da penitenciária regional do sertão da Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas;
- Apresentar as variáveis jurídico- penais;
- Avaliar o perfil epidemiológico;
- Verificar a percepção dos detentos acerca da tuberculose.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE

3.1.1 A tuberculose no mundo e no Brasil

Apesar de ser uma enfermidade evitável e curável a tuberculose continua sendo um grande problema de saúde mundial, merecendo total atenção por parte dos governantes, dos profissionais de saúde e bem como da sociedade em geral, para inverter esse quadro de agravo de saúde pública. Depois da AIDS, a TB é classificada, em todo o mundo, como a segunda principal causa de morte por doenças infecciosas (BRASIL, 2011b).

Nessa conjuntura a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma estimativa de 8,6 milhões de casos novos de TB no mundo, em 2012. Correspondendo a um número de 122 casos por 100.000 habitantes. Esses casos apresentaram uma maior porcentagem no continente asiático (58%), menor percentual nas Américas (3%) e, o país com maior incidência estimada foi à Índia com 2,4 milhões de casos. Desses casos totais da doença no mundo, 2,9 milhões eram mulheres, 1,1 milhões eram pessoas que viviam com HIV e 0,5 milhão ocorreu entre as crianças. De 1990 até 2001 a taxa global de incidência de TB foi estável, porém, após esse período essas taxas entraram em declínio e entre 2011 e 2012 esse declínio foi de 2% (WHO, 2013).

Nesse âmbito em 2012 houve uma estimativa de 12 milhões de casos prevalentes de TB, perfazendo um total de 169 casos por 100.000 habitantes. Uma vez que desde 1990 a taxa global de prevalência caiu 37%. Vale salientar que de 1990 até, aproximadamente 2004 a região das Américas conseguiu reduzir pela metade o nível de prevalência de TB. E Quanto à mortalidade a estimativa foi de 1,3 milhões de mortes por TB, número composto por 410.000 mulheres, 320.000 pessoas soropositivas, 74.000 crianças e aproximadamente 170.000 mortes por TB multirresistente (TB-MDR) (PILLER, 2012).

Dessa forma o Brasil também apresenta um elevado número de casos de TB que merece um olhar diferenciado. Sendo um dos agravos de saúde mais preocupantes para as autoridades sanitárias, exigindo que medidas sejam tomadas visando à implementação de estratégias que possam efetivar o seu controle e promover a qualidade de vida dos diferentes grupos populacionais afetados (BRASIL, 2011b).

Nessa perspectiva, segundo o Ministério da Saúde, a taxa de incidência de todas as formas de tuberculose, em 2012, foi de 37,8 casos por 100.000 habitantes e 72.319/100.000 habitantes de casos novos em todo o país. Em 2011, houve uma taxa de mortalidade por tuberculose em torno de 2,4/100.000 habitantes e ocorreram 4.563 óbitos por TB (BRASIL, 2012).

Na região Nordeste, esses valores chegaram, em 2012, a uma taxa de incidência de 36,39 por 100.000 habitantes e 19.618 casos novos de TB, já a mortalidade específica por tuberculose apresentou em 2011, uma taxa de 2,7/100.000 habitantes e o número de óbitos chegou a 1.469 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011a).

No Estado da Paraíba em 2012, 30,06/100.000 foi a taxa de incidência de tuberculose por habitante e o número de casos novos foi de 1.147/100.000 habitantes. A taxa de mortalidade por TB foi de 2,1 por 100.000 habitantes em 2011, e teve 79 óbitos por essa doença (BRASIL, 2012).

Nessa conjuntura é de fundamental importância a implementação de estratégias que viabilizem o controle dessa doença, tendo como prioridade as populações com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da tuberculose e, em especial, as pessoas privadas de liberdade.

3.2 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

A probabilidade de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* não é igual para todos os indivíduos, levando em consideração diversas condições e circunstâncias que podem elevar a possibilidade de infecção.

Dessa forma, são classificados como populações vulneráveis ao desenvolvimento da infecção tuberculosa:

As pessoas vivendo em situação de rua, caracterizadas como uma população que tem as ruas como sua casa e que sofrem marginalização e exclusão social, são consideradas pelo Ministério da Saúde como um grupo de alta vulnerabilidade, em virtude das suas altas taxas de incidências associadas a tratamentos não concluídos. Em estudos realizados no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, foram identificados uma incidência de tuberculose variando de 1.576 a 2.750 por 100.000 habitantes e uma mortalidade de 17.800/100.000 habitantes de casos de TB, nessa população. A população HIV positiva apresenta o maior fator de risco para desenvolver a infecção tuberculosa, uma vez que a disseminação da AIDS aumentou consideravelmente os valores, em todo o

mundo, dos números de morbidade e mortalidade por TB. A associação AIDS/TB é cada vez mais freqüente, sendo que a população infectada com o vírus HIV apresenta maiores proporções de evoluir a infecção tuberculosa para a doença propriamente dita (BRASIL, 2011b).

Pessoas idosas, minorias étnicas e emigrantes, são consideradas as populações mais vulneráveis em países desenvolvidos. E as pessoas vivendo em estado de pobreza, com baixa escolaridade, em uso abusivo de drogas e indivíduos marginalizados, são as populações mais vulneráveis em países em desenvolvimento. Ressaltando ainda que a população negra apresenta uma taxa de incidência de TB duas vezes maior que a taxa de incidência da população em geral, como também a população indígena que apresenta uma taxa quatro vezes maior. E quando avaliado o risco anual de desenvolver a tuberculose os diabéticos aumentam esse risco em mais de duas á quatro vezes e o tratamento com imunossuppressores entre dois e 12 vezes mais, comparados com o risco anual da população em geral (PILLER, 2012).

No Brasil a população carcerária representa apenas 2% da população em geral e contribui com 5% dos casos notificados de TB no país. E os números de formas resistentes e multirresistentes, nessa população, também são elevados, estando em geral associados a um tratamento irregular e um diagnóstico tardio dessa resistência. Casos tão elevados ocorrem devido às condições precárias em que se encontra o ambiente prisional, celas superlotadas, quase sem iluminação solar e mal ventiladas, associadas à exposição freqüente ao bacilo em ambiente fechado, favorecendo assim a infecção tuberculosa (MACEDO; MACEDO; MACIEL, 2013).

3.3 POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA

Segundo Nogueira e Abrahão (2009) a população penitenciária brasileira é composta por adultos jovens predominantemente do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 29 anos, de baixa escolaridade, oriundas de comunidades desfavoráveis e com baixo poder aquisitivo, caracterizando assim uma situação de exclusão social precedente ao seu ingresso no sistema penitenciário.

No entanto, não se deve legitimar a pobreza como um fator determinante para a iniciação na vida criminal, haja vista que os crimes não são cometidos apenas pelas pessoas de baixo poder aquisitivo mais também por indivíduos tidos como da média e alta classe social. Sendo importante salientar, que esses índices de criminalidade tão elevados

relacionados a indivíduos de classes sociais menos favorecidas, se dão em virtude dessa população, na maioria das vezes, não ter tido melhores oportunidades sociais (MOREIRA, 2012; ASSIS, 2007).

As pessoas privadas de liberdade, qualquer que seja o subterfúgio dos padrões sociais impostos e da natureza da desobediência da legislação vigente, mantêm todos os seus direitos fundamentais, incluindo o acesso a ações e serviços de saúde física e mental, não podendo ser tratados como pessoas sem direitos, como bichos ou coisas (MOREIRA, 2012).

Sob esta ótica o direito a saúde é assegurado a todos os brasileiros pela Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988 no Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988 p. 131).

Como também pela Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal, onde é assegurado o acesso da população penitenciária a ações e serviços de saúde. Em seu Art. 14º, assegura a assistência à saúde do preso, de caráter preventivo e curativo. No Art. 40º, impõe a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral de todos os apenados. E no Art. 41º, inciso VII, constitui como direito do preso a assistência a saúde (BRASIL, 1984). No entanto, no Brasil essa legislação específica não é respeitada ocorrendo uma penalidade dupla ao apenado, a primeira é a prisão propriamente dita e a segunda é o deplorável estado de saúde que o apenado contrai durante a sua estadia na prisão.

Como já mencionado, a assistência a saúde no sistema penitenciário brasileiro não é efetiva, favorecendo assim para o desenvolvimento de várias enfermidades, dentre elas a tuberculose. Sendo também que o controle da mesma nas prisões é dificultado em virtude dos detentos ocultarem os seus sintomas, pela necessidade de passar a idéia de força física, considerando o ambiente violento no qual estão inseridos, para garantir a sua sobrevivência (DIUANA et al., 2008).

Dessa forma, se faz necessário a busca ativa de indivíduos sintomáticos respiratórios no sistema prisional, que em virtude de se tratar de um ambiente confinado e hiperendêmico, a classificação de SR nesse recinto apresenta tempo diferenciado do padrão, classificando como SR o indivíduo com existência de tosse por tempo igual ou

superior a duas semanas. Considerando que a infecção tuberculosa também apresenta elevada prevalência nesse cenário, não é vantajosa a utilização do teste tuberculínico como método de triagem, com exceção para as pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2011b).

A detecção dos indivíduos SR a partir da demanda espontânea apresenta um potencial fraco devido os presos relevarem os sintomas, considerando a tosse como normal ou simplesmente esconderem os sintomas como já relatado. A busca ativa é o mais recomendado, onde através de dois métodos de triagem irá selecionar quem irá realizar o teste diagnóstico para TB (SÀNCHEZ et al., 2009).

No primeiro método é realizado uma entrevista individualizada com todos os apenados para identificar a existência de tosse por tempo igual ou superior a duas semanas. O segundo método é o rastreamento radiológico que se baseia na existência de qualquer anormalidade radiológica, onde deve ser feito o exame radiológico do tórax de toda a população-alvo, independentemente da existência de tosse maior que duas semanas (JITIMANEE et al., 2007; SÀNCHEZ et al., 2009).

Sendo também de fundamental importância a realização do exame sistemático para a detecção de TB no momento do ingresso do preso no sistema penitenciário, como também a realização de uma busca ativa periódica, ao menos uma vez ao ano (BRASIL, 2011b).

3.4 SISTEMA PRISIONAL

As prisões surgiram da necessidade de conter os indivíduos violentos, punindo com a falta de liberdade, afastando-o do convívio em sociedade, com o intuito de ressocializar através de técnicas corretivas. Partindo desse princípio, a raça humana desde o início da sua história vem implementando técnicas para conter e punir indivíduos que ameacem o bem estar dos cidadãos e infrinjam as regras impostas pela sociedade, punindo de diversas formas, sendo através de advertências verbais, de multas, ou até mesmo processos judiciais que podem chegar a várias penalidades, como o enclausuramento em diferentes sistemas de privação de liberdade. Através dessas práticas punitivas a sociedade visa inibir que outros indivíduos cometam essas práticas delituosas (SCHERER et al., 2011).

Nessa conjuntura as prisões apresentam a função social de manter a segurança, afastando a criminalidade da sociedade, através da reclusão, e de ressocializar o indivíduo

criminalizado. No entanto, o sistema prisional brasileiro presencia situações de crises desde a sua criação, não conseguindo cumprir com o seu papel ressocializador, em virtude da permanência prolongada nessas instituições que acarreta conseqüências físicas e psicológicas, onde ao invés de reintegrar o indivíduo na sociedade, acaba por expulsar e marginalizar o aprisionado. Ou devido à superlotação que acarreta péssimas condições de habitação e saúde (MOREIRA, 2012).

Segundo os dados do Sistema Nacional de Informações Penitenciário (InfoPen) do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça, no Brasil a população carcerária aumenta significativamente a cada ano e com esse aumento ocorre também a elevação do déficit de vagas, uma vez que o crescimento do número de vagas não é proporcional ao crescimento da população prisional. No ano de 2010 a população carcerária era de 496.251 e o número de vagas era de 281.520, com um déficit de 214.731 vagas. Em 2011 o déficit de vagas era de 219.169, uma vez que a população carcerária era de 514.582 para 295.413 vagas. Já em 2012 eram 310.687 vagas para 548.003 presos perfazendo uma carência de 237.316 vagas (BRASIL, 2013).

No ano de 2013 a população carcerária brasileira foi de aproximadamente 574.027 presos, sendo que o número de vagas nas Secretarias de Administração Penitenciária foi de 317.733, compondo, portanto, um déficit de 256.294 vagas. O Estado da Paraíba possuía, em 2012, 80 estabelecimentos penais com uma população prisional de 8.723 reeducandos e 5.394 vagas, perfazendo um déficit de 3.329 vagas. Em 2013 houve um aumento nessa população prisional, chegando ao valor de 8.958 reeducandos no sistema prisional da Paraíba, no entanto, o número de vagas permaneceu o mesmo, 5.394 (BRASIL, 2013).

O aumento da população carcerária, evidenciado pelos dados colhidos no InfoPen, acarreta diversos problemas de saúde, que propiciam o desenvolvimento de inúmeras doenças, que uma vez associadas a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e menor oportunidade de diagnóstico fazem com que segundo Assis (2007, p. 75): “[...] o preso que ali adentrou numa condição sadia de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas”.

Diante dessa realidade e entendendo a necessidade de promover uma atenção integral à saúde da população prisional, implementando ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial Nº 1.777 de 09 de setembro de 2003, fruto de uma parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Justiça.

Os objetivos deste plano são prestar assistência integral resolutive, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a mesma através de ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS. As ações norteadoras estão relacionadas à atenção básica e são citadas em seu Art. 1º § 2º, que estabelece como prioridade a implementação de ações para a prevenção da hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS, bem como a prevenção da tuberculose (BRASIL, 2003).

Dentre as ações da atenção básica, para o controle da tuberculose, temos: a busca ativa de casos de TB, para identificar os SR; avaliação desses sintomáticos com a baciloscopia e notificação dos casos novos descobertos na ficha de notificação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan); tratamento de forma supervisionada diária de todos os casos diagnosticados; oferta da sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados e a proteção dos sadios (BRASIL, 2003).

O Art. 8º do PNSSP estabelece que nas unidades prisionais com até 100 presos, a atenção básica de saúde seja realizada no próprio estabelecimento por uma equipe multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde, composta por uma equipe mínima formada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, com uma carga horária de 4 horas semanais. Já nas penitenciárias com um número de apenados entre 100 e 500 presos o atendimento também deverá contar com uma equipe mínima, porém com maior atenção, cumprindo uma carga horária de 20 horas semanais (BRASIL, 2003).

Como membro integrante do PNSSP, cabe ao enfermeiro disponibilizar atenção integral a população carcerária, através de ações de informação, educação e sensibilização, para que haja o controle de doenças transmissíveis entre os apenados, promovendo o conhecimento de que a busca, o diagnóstico e o tratamento dos casos confirmados é o método mais eficaz para a proteção de todos (SÀNCHEZ et al., 2006).

3.5 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PREVALENTES NA POPULAÇÃO CONFINADA

Quando indivíduos perdem o direito de ir e vir e são reclusos em ambientes penitenciários, que na maioria das vezes são ambientes aglomerados e com condições precárias de higiene e saneamento básico, essa população se encontra sujeita a desenvolverem várias enfermidades, tendo maior prevalência as doenças transmissíveis. Esses fatores estruturais associados a outros fatores como, má alimentação, sedentarismo e

uso de drogas favorecem ainda mais para a transmissão dessas doenças infecciosas de alta morbidade (OLIVEIRA et al., 2014).

Uma vez no sistema penitenciário, o preso fica exposto a diversos fatores de risco e uma vez infectado o ambiente prisional, que na maioria das vezes oferece uma precária condição de vida, favorece para o desenvolvimento da doença. Dentre essas infecções as que apresentam maior prevalência são as doenças do aparelho respiratório como a tuberculose e a pneumonia, e as doenças sexualmente transmissíveis, principalmente hepatites B e C e HIV/AIDS (MOREIRA, 2012; OLIVEIRA et al., 2014).

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) apresentam altos índices em sistemas penitenciários, tendo essa população um risco mais elevado de contrair a infecção do que a população em geral. As infecções de maior incidência são as hepatites B e C e em excelência a infecção pelo HIV/AIDS. Esses índices tão elevados estão associados, além das características físicas das penitenciárias, ao homossexualismo, a violência sexual praticada entre os presos e o uso de drogas injetáveis, o que contribui ainda mais para a transmissão do vírus HIV. Sendo importante ressaltar que no Brasil, entre os apenados, a via sexual é a mais importante via de transmissão do vírus HIV (ASSIS, 2007; NICOLAU et al., 2012).

A tuberculose entre presidiários também é um importante agravo de saúde pública, sua disseminação em locais com as características do ambiente prisional é muito elevada, perfazendo uma incidência e prevalência maior que na população em geral. Uma grande parte dos prisioneiros já ingressa no sistema penitenciário infectados com o *Mycobacterium tuberculosis* que em associação com as características do ambiente prisional, favorece o desenvolvimento da doença e a sua transmissão. Essa elevada incidência e transmissibilidade da doença, entre os apenados, também aumentam o risco de infecção dos visitantes dessa população privada de liberdade. Ressaltando que esses visitantes ou até mesmo os próprios detentos, ao retornarem ao convívio social, se infectados, podem disseminar a infecção tuberculosa, tornando a doença um grave problema para a sociedade na qual estão reinseridos (NOGUEIRA; ABRAHÃO; GALES, 2012).

Nessa conjuntura é importante relatar que outros fatores favorecem a disseminação da infecção tuberculosa no sistema prisional: a constante transferência de detentos entre os vários sistemas penitenciários, promovendo a dispersão da infecção entre os presídios de todo o país e o diagnóstico tardio dos casos de TB (NOGUEIRA; ABRAHÃO, 2009).

3.6 DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

O controle da tuberculose baseia-se na detecção o mais precoce possível dos casos e início do tratamento correto, quebrando assim a cadeia de transmissão. A TB pulmonar é a forma mais comum e a mais transmissível da doença, alimentando assim essa cadeia de transmissão. E para alcançar esse controle é essencial realizar a busca ativa dos Sintomáticos Respiratórios (SR), para que haja a descoberta precoce dos casos pulmonares (WHO, 2009).

Dessa forma, a busca ativa pode ser realizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF): através da identificação dos indivíduos SR por meio da realização de visitas mensais para todos os moradores da área. Nos hospitais gerais e emergências: nos setores de urgência e nas clínicas de internação, onde o interrogatório do SR deve ser implementado na admissão e os casos suspeitos devem ser isolados até o resultado dos exames de baciloscopia. Nos serviços de atendimento de populações com HIV/AIDS: onde é fundamental a identificação dos doentes bacilíferos. Em instituições fechadas como asilos de idosos, hospitais psiquiátricos e albergues de população em situação de rua: sendo realizada na admissão e periodicamente. Como também no sistema prisional: realizando a busca ativa nos apenados no momento da inclusão e empregando-a em uma rotina periódica (BRASIL, 2011b).

Para diagnosticar a tuberculose é imprescindível a realização da busca ativa de indivíduos sintomáticos respiratórios e/ou com os sintomas clássicos da tuberculose pulmonar: tosse; febre baixa; sudorese noturna; fadiga e perda de peso, uma vez que a tosse pode ser improdutiva ou expectorante (SMELTZER et al., 2009; JESUS et al., 2012).

No entanto, de acordo com Conde e Muzy (2009) outros sinais e sintomas além da tosse, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada. Uma vez que a tuberculose, não raramente, pode manifestar-se sob diferentes apresentações clínicas, que podem estar relacionadas com o órgão acometido.

Para tanto, o diagnóstico da mesma pode ocorrer através de exames laboratoriais, exames radiológicos e/ou teste tuberculínico, como mostrado a seguir:

3.6.1 Baciloscopia direta

Consiste em um exame laboratorial que pesquisa o Bacilo Álcool-Ácido Resistente (BAAR), utilizando, normalmente, o método de Ziehl-Nielsen. Segundo o

Ministério da Saúde, 60% a 80% dos casos de TB pulmonar podem ser identificados através da baciloscopia de escarro, uma vez que ela seja realizada da forma correta. Sendo indicada a sua realização quando encontrado um indivíduo sintomático respiratório, ou com suspeita clínica ou radiológica de TB pulmonar, involuntariamente do tempo da tosse, e/ou suspeita de TB extrapulmonar. Salientando que deve-se colher duas amostras de escarro, uma realizada na primeira consulta e a outra pela manhã do dia que se segue, logo ao despertar, para a obtenção de um diagnóstico mais seguro (BRASIL 2011b).

3.6.2 Cultura para micobactéria

É indicado quando ocorre suspeita clínica ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa, também em suspeitos de tuberculose que obtiveram amostras contendo poucos bacilos, suspeitos de TB com difícil obtenção do material, suspeitos de TB extrapulmonar e casos suspeitos de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas. Esse método frente ao diagnóstico de TB apresenta alta especificidade e sensibilidade, e as amostras são semeadas em meios de cultura sólidos (LING et al., 2008).

3.6.3 Exame radiológico

Todo paciente que apresente suspeita clínica de TB pulmonar deve ser submetido ao exame radiológico de tórax, nesses pacientes a radiografia de tórax torna possível diferenciar imagens indicativas de TB de outras doenças, porém esses indivíduos não devem deixar de realizar a bacteriologia direta. Esse método apresenta grande relevância para a investigação da tuberculose, mesmo com 15% dos casos de TB pulmonar, em geral indivíduos imunodeprimidos não apresentarem alterações fisiológicas (DALEY; GOTWAY; JASMER, 2009).

3.6.4 Prova tuberculínica

O teste tuberculínico é utilizado para determinar se uma pessoa foi infectada com o bacilo, não sendo suficiente para o diagnóstico da doença tuberculose sendo, portanto um método auxiliar no diagnóstico da TB. É indicada para a investigação de infecção latente no adulto e na investigação de infecção latente e TB doença em crianças (FRANÇA, 2012).

A tuberculina utilizada no Brasil é o PPD-RT 23, e as recomendações é que a sua aplicação seja feita na camada intradérmica da face interna do antebraço esquerdo, aproximadamente 10 cm abaixo do cotovelo, com dose de 0,1ml, contendo 2 Unidades de Tuberculina (UT). Essa aplicação irá formar uma elevação na pele, pápula ou bolha. O resultado do teste é lido 48 a 72 horas depois da injeção, podendo ser estendido por 96 horas (BRASIL, 2011b).

A interpretação dos resultados deve ser registrada em milímetros e realizada com a utilização de uma régua milimétrica e transparente, medindo o maior tamanho transverso da área de endureção palpável. Classificando como não reator- o indivíduo que apresentar uma área de endureção palpável de $0 < 5$ mm e reator- indivíduo com área de endurecimento ≤ 5 milímetros (BRASIL, 2011b).

Diante desses métodos diagnósticos da TB é de extrema importância a atuação da equipe de saúde na aplicação do método mais adequado na população penitenciária, para que haja a detecção precoce dos casos de tuberculose e eventual controle da doença nessa população.

Dessa forma, o enfermeiro enquanto membro integrante da equipe de saúde deve fornecer informações e ouvir as dúvidas dos apenados, buscando soluções para enfrentar as dificuldades, integrando as ações de informação e educação no dia a dia dos serviços de saúde, como nas consultas, no acompanhamento do tratamento, nos exames de ingressos e durante as campanhas de busca ativa (BRASIL, 2011b).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório-descritivo, com uma abordagem quantitativa.

De acordo com Severino (2007) a pesquisa de campo tem como foco, abordar o objeto de estudo em seu próprio ambiente. A coleta de dados é realizada nas condições naturais em que os fenômenos acontecem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador. Pode compreender levantamentos, que são mais descritivos, ou até mesmo estudos mais analíticos.

A pesquisa exploratória procura obter descrições concisas da situação e descobrir relações existentes entre os elementos pesquisados, busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestações desse objeto (SEVERINO, 2007).

Segundo Figueiredo (2008) a pesquisa descritiva tem como propósito, observar e descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, com a finalidade de estabelecer relações entre variáveis através de instrumentos para coleta de dados.

A abordagem quantitativa utiliza-se de técnicas estatísticas, informações numéricas e amostras amplas para classificação e análise da pesquisa avaliando a importância, o risco, a gravidade e a propensão a agravos e ameaças através da quantificação (LAKATOS; MARCONI, 2010).

O método qualitativo pode ser caracterizado como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentados pelos entrevistados (RICHARDSON, 2008).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O presente estudo foi desenvolvido na Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras, localizada a margem direita da BR 230, sentido Souza/Cajazeiras, no Km 498, Sítio Zé Dias, zona rural, Distrito de Divinópolis, município de Cajazeiras- PB. Cajazeiras localiza-se no alto sertão paraibano, ocupa uma área de 586,275 Km², distante 475 Km da capital do estado paraibano, João Pessoa, e com uma população de 58.437 habitantes (IBGE, 2010).

A Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras apresenta capacidade regular para 150 apenados, entretanto, atualmente encontram-se reclusos 189 presos do sexo masculino, sendo 67 detentos provisórios e 122 sentenciados. Possui 50 servidores ativos, todos do quadro efetivo de agentes penitenciários. Destes 50 servidores, oito são do sexo feminino e 42 do sexo masculino. A parte administrativa é composta por seis funcionários, sendo um diretor titular, dois diretores adjuntos, dois chefes de segurança e disciplina e um chefe de almoxarifado.

A escolha do local da pesquisa ocorreu em virtude de se tratar de um ambiente com alto risco para disseminação da tuberculose, devido à mesma ser uma doença transmitida pelo ar e se desenvolver em ambientes lotados e mal ventilados, cenário encontrado nos sistemas penitenciários de quase todo o mundo (WHO, 2013).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Lakatos e Marconi (2010) população é um conjunto de seres que possuem uma ou mais característica em comum. Para Figueiredo e Pocinho (2008) amostra é uma parte selecionada criteriosamente dentro do universo da população a ser estudada, tendo relação direta com a problemática da pesquisa.

Nesse sentido, a população deste estudo foi composta por todos dos detentos que encontravam-se reclusos na Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras no mês de agosto de 2014, ou seja, 189 apenados.

Para tanto, a amostra foi composta por 148 (79%) detentos, uma vez que 22% dos reeducandos se recusaram a responder a entrevista e participar da pesquisa. Dessa forma, os sujeitos que aceitaram participar do estudo, mediante a apresentação dos objetivos e relevância do mesmo, foram cientificados da pesquisa obedecendo assim, as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para sua anuência, assim, após sua autorização, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), bem como a autorização da instituição onde o mesmo encontrava-se recluso (ANEXO A).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram determinados para participar da amostra os seguintes critérios de inclusão: Apresentar a capacidade de compreensão e comunicação verbal; concordar em participar do

estudo de forma voluntária e estar recluso na unidade prisional citada no mês de agosto de 2014.

4.5 INSTRUMENTOS E MÉTODOS

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE B), abordando quatro dimensões: Os dados sócio-demográficos; as variáveis jurídico-penais; os dados epidemiológicos e a percepção dos detentos acerca da tuberculose.

Os indivíduos foram informados do conteúdo da pesquisa, por meio do TCLE e responderam a entrevista. Após apresentar as características indicativas de TB, os mesmos foram convidados e cientificados da realização do exame de baciloscopia para confirmação ou não do diagnóstico.

Esses dados capacitaram o pesquisador a entender melhor os participantes da pesquisa e a compreender o ponto de vista dos sujeitos pesquisados, a fim de traçar o perfil dos mesmos.

Os entrevistados em momento algum foram forçados a participar e nem induzidos em suas respostas durante a entrevista.

4.6 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (ANEXO B), da assinatura do TCLE para aptidão da pesquisa e recebimento de anuência por parte do sujeito, autorização da instituição, bem como o compromisso das pesquisadoras com o trabalho (APÊNDICE C e D), foi então, iniciada a aplicação do instrumento elaborado para coleta de dados. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada entrevistado.

Os participantes foram recrutados das celas e levados para a entrada do pátio, onde foram realizadas as entrevistas, um por vez, sempre na presença de um agente penitenciário, para segurança da pesquisadora, sendo esta uma rotina da instituição.

Com o auxílio da enfermeira da unidade prisional a pesquisadora realizou as entrevistas com os apenados e aqueles que foram identificados como sintomáticos respiratórios, foram convidados a realizar o exame de baciloscopia, para possível diagnóstico de TB, os que aceitaram realizar o exame, receberam dois potes coletores para a coleta de duas amostras de escarro, para realização da baciloscopia.

O procedimento foi explicado para os detentos, informando que as amostras deveriam ser colhidas a partir do dia seguinte e durante dois dias consecutivos, ressaltando que o material deveria ser proveniente da árvore brônquica (catarro) e colhido pela manhã logo ao despertar e ainda em jejum. Após a coleta o material foi entregue a enfermeira da unidade.

O exame de escarro foi realizado de acordo com o método de Ziehl-Nielsen, no qual se pesquisa o Bacilo Álcool-Ácido Resistente (BAAR), sendo analisado no laboratório da Policlínica Ciro Pereira em Cajazeiras- PB.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta os dados quantitativos foram processados na planilha Microsoft Excel 2010 sendo apresentados na forma de gráficos e tabelas para análise estatística. No tratamento dos dados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo temática, onde segundo Minayo (2010, p. 74) é a “[...] descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.”

“Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” (MINAYO, 2010, p. 105).

Nesse procedimento analítico, “núcleo de sentido” é visto como uma unidade de significação no conjunto de uma comunicação. Neste estudo, os núcleos de sentido foram entendidos como idéias-eixo em torno das quais giram outras idéias. Assim, a pesquisa buscou trabalhar uma unidade temática (visão dos detentos sobre a tuberculose) com três núcleos de sentido: A tuberculose como uma doença curável e transmissível; as complicações inerentes a tuberculose e a falta de informação sobre a TB.

A análise percorreu os seguintes passos: leitura inicial procurando ter uma compreensão global do material; identificação das unidades de significado que emergiram das falas dos entrevistados; descoberta de núcleos de sentido e interpretação e discussão dos núcleos de sentido encontrados.

O registro das entrevistas foi realizado através de anotações escritas. Para preservar o anonimato, os fragmentos dos discursos foram identificados, ao longo do texto, com a letra D (Detento), seguidos de algarismos arábicos que representam a ordem das entrevistas (D- 1 a D- 148).

Os parâmetros utilizados para a distribuição dos intervalos das variáveis abordadas foram baseados de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN).

Em seguida as informações foram confrontadas com a literatura pertinente.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, a mesma obedeceu à Resolução N°. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, que trata dos aspectos éticos envolvendo seres humanos, principalmente no cumprimento do TCLE que assegura a confiabilidade dos dados, anonimato, participação espontânea, desistência em qualquer etapa da pesquisa e autorização para publicação.

Seguindo esses requisitos, foi garantido aos sujeitos a liberdade de participar ou não do estudo, os que se disponibilizaram assinaram o TCLE. Neste instrumento, constam as informações referente à pesquisa e as definições de sua participação, também foram assegurados aos participantes os seguintes princípios éticos de pesquisas com seres humanos: sigilo e respeito das informações coletadas; conhecimento dos resultados e a possibilidade em abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

Para tanto o referido trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sob Parecer de nº 748.797.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo destina-se a apresentação dos resultados obtidos através da coleta de dados, bem como a discussão dos mesmos. Os resultados e discussão serão descritos através de cinco dimensões, no primeiro momento são apresentados os dados sociodemográficos, em seguida as variáveis jurídico-penais, os dados epidemiológicos, os resultados dos exames de baciloscopia de escarro e por fim é apresentada a percepção dos detentos acerca da tuberculose.

Nesta pesquisa foram entrevistados 148 detentos, compreendendo uma amostra de 78%, sendo todos do sexo masculino, os demais 22% recusaram a participar da pesquisa e por consequência não responderam ao questionário.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS DETENTOS

No ano de 2013 a população carcerária brasileira foi de aproximadamente 574.027 presos sendo predominantemente masculina (537.892) e apenas 36.135 do sexo feminino. Esses presos foram distribuídos em 1.482 unidades penais, dessas unidades 826 eram cadeias públicas, 73 eram colônias agrícolas e industriais, 65 casas de albergados, 32 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, 16 eram patronatos e 470 eram penitenciárias (BRASIL, 2013). Dessas penitenciárias encontra-se na Paraíba a Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras, onde encontravam-se cumprindo pena no período da coleta de dados 189 detentos do sexo masculino.

Para analisar e descrever as características sociodemográficas dos detentos dessa penitenciária, que dispuseram-se a colaborar com o estudo foi utilizado as seguintes variáveis: faixa etária; raça/cor; estado civil; escolaridade e naturalidade.

A Tabela 1 mostra a distribuição através das variáveis: faixa etária; raça/cor; estado civil e escolaridade.

Tabela1- Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme faixa etária, raça/cor, estado civil e escolaridade. Cajazeiras- PB, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
Faixa etária		
18 à 24 anos	23	15
25 à 29 anos	37	25
30 à 34 anos	44	30
35 à 45 anos	37	25
46 à 60 anos	7	5
Raça/cor		
Branco	34	23
Preto	17	11
Pardo	94	64
Amarelo	3	2
Estado civil		
Solteiro	71	48
Casado	65	44
Viúvo	1	1
Separado	11	7
Alfabetização		
Não alfabetizado	40	27
Alfabetizado	108	73
Total	148	100
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	99	67
Ensino fundamental completo	11	7,3
Ensino médio incompleto	11	7,3
Ensino médio completo	11	7,3
Ensino Superior completo	1	1
Não frequentou a escola	15	10
Total	148	100

Fonte: Própria Pesquisa/2014

Conforme observa-se na tabela acima, a população em questão é predominantemente adulto jovem, com uma faixa etária de 30 a 34 anos representando 30% (44) da amostra, com valor similar, 25% (37), aparecem as faixas etárias de 25 a 29 e 35 a 45 anos, 15% (23) tinham entre 18 a 24 anos e os 5% (7) restante encontram-se em uma faixa etária compreendida entre 45 a 60 anos. Tendo o participante mais novo 18 anos e o mais velho 58.

Essa predominância corrobora com a pesquisa realizada por Carvalho et al. (2006), na população masculina de internos do sistema penitenciário do Rio de Janeiro, onde a média de idade de 30 anos apresentava maior prevalência (30,5%).

Os dados encontrados neste estudo também aproximam-se dos de Gonçalves e Gonçalves (2012), em uma pesquisa realizada com reclusos do sexo masculino de

nacionalidade portuguesa, detidos em um estabelecimento prisional de Portugal, onde os números apontam um índice maior na faixa etária de 31 a 40 anos com 38,7% dos reclusos.

No entanto, esses dados diferem um pouco do perfil sociodemográfico dos detentos do estado do Pará, onde segundo Moreira (2012) a população carcerária masculina apresentava a idade predominante na faixa etária de 25 a 29 anos com 30% dos reeducandos, seguida da faixa etária de 18 a 24 anos com 26% e de 30 a 34 anos com 18%.

Quanto à variável raça/cor, houve um predomínio de 94 (64%) detentos que declararam ser de cor parda, seguida da branca com 34 (23%) detentos, da preta com 17 (11%) e por fim da cor amarela com 3 (2%) reclusos. De acordo com o IBGE a classificação adotada para nomear as raças ou etnias que compõem a população brasileira, estabelece que o termo “população negra” abrange as pessoas de cor preta e parda, em conjunto (IBGE, 2010). Portanto, nesse estudo, 75% dos detentos entrevistados pertenciam à população negra.

Com resultados semelhantes o estado da Paraíba, em 2013, apresentava uma população carcerária masculina com uma maior taxa entre a raça parda 4.047 presos, seguida da raça preta com 1.234 e da branca com 1.281 apenados (BRASIL, 2013).

Esses dados também corroboram com uma pesquisa realizada por Maerrowi (2009) em uma penitenciária de São Vicente-SP, onde 63,5% dos detentos declararam ser de cor preta ou parda e, 35,5% de cor branca.

Porém, em uma pesquisa realizada por Scherer et al. (2011) os resultados divergem desse estudo, uma vez que, a existência de detentos de cor branca, em Ribeirão Preto-SP, apresentava maior predomínio (55,5%).

Em relação ao estado civil, evidencia-se a predominância de 48% (71) dos participantes solteiros. Dentre os demais, 65 (44%) são casados (amasiado, união estável formal ou informal), 11 (7%) são separados e apenas 1% (1) declarou ser viúvo.

Essa predominância, também é encontrada por Lessa et al. (2012) em estudos realizados em detentos no Ceará, onde o estado civil solteiro apareceu em maior evidência (78%), seguida da opção casado com 11,6% dos detentos.

De acordo com Monte et al. (2012) a maior prevalência quanto ao estado civil, entre apenados, foi de solteiros com 47,1%, seguida dos sujeitos casados 45,2%. Dados esses que se aproximam dos resultados desse estudo.

No que se refere à escolaridade, verifica-se que 67% (99) dos detentos não concluíram o ensino fundamental, 7,3% (11) completaram o ensino fundamental, 7,3%

(11) cursaram o ensino médio, porém não concluíram, 11 (7,3%) chegaram a concluir o ensino médio, 10% (15) não frequentaram a escola e apenas 1% (1) concluiu o ensino superior. Vale ressaltar que esse detento com ensino superior completo é de nacionalidade estrangeira. Salientando que, dos 148 detentos entrevistados 40 (27%) eram não alfabetizados.

Esses dados vão de encontro a realidade da educação brasileira que veio progredindo na última década, no entanto, a população carcerária do país continua apresentando altos índices de baixos níveis de escolaridade (SCHERER et al., 2011).

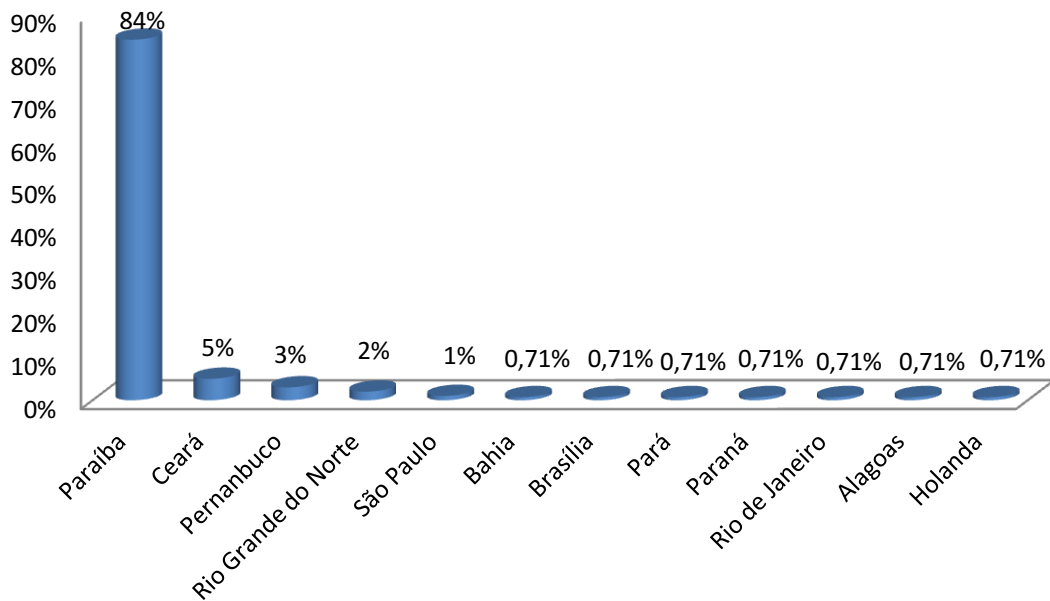
Essa realidade se aproxima dos resultados obtidos por Nicolau et al. (2012) onde, 56,8% dos detentos que participaram desse estudo não concluíram o ensino fundamental. Verifica-se também que o grau escolar máximo de 74,2% dos detentos não ultrapassou o ensino fundamental completo.

Nessa mesma linha ao caracterizar detentos em um presídio no estado do Rio de Janeiro, Quitete et al. (2012) revelaram que 57,4% dos participantes da pesquisa não concluíram o ensino fundamental.

Os dados desse estudo também corroboram com os dados da pesquisa realizada por Moreira (2012) onde constatou que a maioria da população carcerária do estado do Pará (82%) possui somente o nível fundamental de ensino, 10% estudaram até o ensino médio, 3% são analfabetos e apenas 1% possui o ensino de nível superior.

No que se refere à naturalidade o Gráfico 1 mostra a distribuição por estado do país, dos apenados conforme o lugar de origem.

Gráfico 1- Distribuição percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme a naturalidade. Cajazeiras- PB, 2014.



Fonte: Própria Pesquisa/2014

Como pode ser observado no Gráfico 1, os dados referentes ao estado de origem dos detentos revelam que, a Paraíba, pela própria localização da unidade prisional do estudo, foi o estado mais representado com 84% (124) dos presidiários entrevistados. Ressalta-se que destes 58% (72) eram naturais de Cajazeiras, cidade de localização do presídio onde foi desenvolvido o estudo, 36% (44) vieram de outras cidades do interior paraibano e 6% (8) eram procedentes de João Pessoa, capital do estado. O Ceará foi representado por 5% (8) dos detentos, seguido do Pernambuco com 3% (4), Rio Grande do Norte 2% (3) e São Paulo 1% (2). Os demais estados (Bahia, Brasília, Rio de Janeiro, Pará, Paraná e Alagoas) foram representados por apenas 1 (0,71%) detento cada um. Ressaltando que um país da Europa, a Holanda, também está inserido nesse gráfico, representando 1 (0,71) detento de origem estrangeira.

Essa distribuição também leva à conclusão que 87% (128) dessa população são procedentes de municípios do interior dos estados citados e 13% (19) são oriundos de municípios metropolitanos. Considerando que essa prevalência de detentos de origem de municípios do interior esteja relacionada à localização do referido presídio nessa região.

Esses dados aproximam-se dos dados disponibilizados pelo DEPEN, que apontam um número maior de presidiários masculinos no estado da Paraíba (48%), procedentes de municípios do interior e 40% de origem de municípios metropolitanos (BRASIL, 2013).

Essas características sociodemográficas encontradas na maior parte dessa população, adultos jovens, pardos, solteiros e com baixa escolaridade, são semelhantes ao perfil da maioria dos apenados do mundo (WHO, 2013).

5.2 VARIÁVEIS JURÍDICO-PENAIAS

Para verificação das penas e punição aos indivíduos que infringiram as regras estabelecidas pela sociedade, a justiça brasileira caracteriza duas categorias de condutas delituosas, as condutas definidas como crime no Código Penal Brasileiro e os comportamentos excluídos do Código Penal, mas que são previstos nas legislações específicas.

Nessa perspectiva, para a análise da temática jurídico-penal, será apresentada a distribuição dos reeducandos, segundo a situação prisional, a comarca de origem, o delito cometido, a duração da pena e o tempo de permanência no ambiente prisional.

A Tabela 2 mostra a distribuição através das variáveis, situação prisional e comarca de origem.

Tabela 2- Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme situação prisional e comarca de origem. Cajazeiras- PB, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
Situação prisional		
Sentenciado	107	72
Provisório	41	28
Comarca de origem (Paraíba)		
Cajazeiras	94	64
Outras	54	36
Total	148	100

Fonte: Própria Pesquisa/2014

É possível observar na tabela acima que uma grande parte dos reclusos entrevistados, 72% (107), são sentenciados, ou seja, já foram julgados e apresentam sentença definida, enquanto que 28% (41) são provisórios, ainda aguardam o julgamento.

Gonçalves e Gonçalves (2012), também encontraram proporções semelhantes, onde seus resultados apontaram uma prevalência, em uma unidade prisional, de 66,7% de detentos sentenciados, contra 32,3% de detentos provisórios.

Quanto à comarca de origem, verifica-se que pela própria localização do lugar de estudo, todos os detentos são oriundos de comarcas do estado da Paraíba, com 64% (94) dos

reclusos oriundos da comarca de Cajazeiras, 8% (12) da comarca de João Pessoa e o restante, 28% (42) de outras comarcas do interior do estado.

Em relação ao delito cometido a Tabela 3 mostra a distribuição dos reclusos conforme essa variável.

Tabela 3- Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme o delito cometido. Cajazeiras- PB, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
Crimes contra a pessoa*	42	26
Art. 121 (Homicídio)	36	22
Art. 129 (Lesão Corporal)	4	2
Art. 147 (Ameaça)	1	0,67
Art. 148 (Sequestro)	1	0,67
Crimes contra o patrimônio*	65	40
Art. 155 (Furto)	20	12
Art. 157 (Roubo)	33	20
Art. 163 (Dano)	1	0,67
Art. 171 (Estelionato)	11	7
Crimes contra os costumes*	1	0,67
Art. 213 (Estupro)	1	0,67
Crimes contra a família*	1	0,67
Art. 245(Entrega de filho menor a pessoa inidônea)	1	0,67
Crimes contra a paz pública*	1	0,67
Art. 289 (Moeda Falsa)	1	0,67
Crimes contra a administração pública*	1	0,67
Art. 312 (Peculato)	1	0,67
Lei 11.343/06- Entorpecentes*	39	24
Art. 33 (Tráfico de Entorpecentes)	39	24
Lei 10.826/03- Estatuto do desarmamento*	4	2
Art. 14 (Porte ilegal de arma de fogo)	4	2
Lei 8.069/90- Estatuto da criança e do adolescente*	1	0,67
Lei 8.069/90 (Violência contra a criança e o adolescente)	1	0,67
Lei 9.605/06- Lei Maria da Penha*	1	0,67
Lei 9.605/06 (Violência contra a mulher)	1	0,67
Outros*	7	4
Outros	7	4
Total	163	100

*Essa alternativa admite mais de uma resposta

Fonte: Própria Pesquisa/2014

A Tabela 3 mostra que os crimes contra o patrimônio encabeçam a maior quantidade dos crimes (40%), com destaque para o roubo (Art. 155 do Código Penal) com 33 (20%) detentos e para o furto (Art. 157 do Código Penal) com 20 (12%) detentos. Seguidos dos crimes contra a pessoa (26%), tendo em maior evidência o homicídio (Art. 121 do Código Penal) com 36 (22%) detentos condenados nesse artigo. Outros 24% (39) encontram-se cumprindo pena por tráfico de entorpecentes (Art. 33 da Lei 11. 343/06), 7 (4%) foram

condenados por outros tipos de crimes e 2 (4%) por porte ilegal de arma de fogo (Art. 14 da Lei 10.826/03). Os crimes contra os costumes, contra a família, contra a paz pública, contra a administração, bem como os crimes contra o estatuto da criança e do adolescente (Lei 8069/90) e contra a Lei Maria da Penha (Lei 9605/06) são representados por apenas 1 (0,67%) detento cada.

Esses dados aproximam-se dos dados de uma pesquisa realizada por Carvalho et al. (2006), no sistema penitenciário do Rio de Janeiro, onde os delitos de maior ocorrência foram os crimes contra o patrimônio (45,4%), desses 42% dos detentos foram condenados por roubo, 2,7% por furto e 0,7% por estelionato. Dos demais detentos 35% foram condenados por tráfico de entorpecentes, 11% foram condenados por crimes contra a pessoa, onde desses, 10,7% cometeram homicídio.

Essa distribuição dos detentos conforme o motivo de ingresso na prisão, também está condizente com os dados fornecidos pelo DEPEN em 2013. Segundo esta instituição a incidência penal da população carcerária brasileira foi de 48,57% dos detentos condenados por crimes contra o patrimônio, seguido dos crimes relacionados ao tráfico de entorpecentes com 26,29% das condenações, crimes contra a pessoa 12,21%, crimes que infringiram o estatuto do desarmamento 5,76% e os crimes contra os costumes com 4,1% dos detentos. Já em 2012 a população carcerária masculina paraibana apresentava uma proporção maior de detentos (4.005) respondendo por crimes contra o patrimônio, seguido dos crimes contra a pessoa (1.841) e dos crimes relacionados ao tráfico de entorpecentes (1.664) (BRASIL, 2013).

A Tabela 4 mostra a distribuição através das variáveis, duração da pena e tempo de permanência na unidade prisional.

Tabela 4- Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme a duração da pena e o tempo de permanência no ambiente prisional. Cajazeiras- PB, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
Duração da pena (anos)		
Até 4 anos	13	9
+ de 4 até 8 anos	29	19
+ de 8 até 15 anos	40	27
+ de 15 até 20 anos	13	9
+ de 20 até 30 anos	6	4
+ de 30 até 50 anos	1	1
+ de 50 até 100 anos	2	1
Não julgado	41	28
Não informado	3	2
Tempo de permanência no ambiente prisional (anos)		
Até 1 ano	82	55
+ de 1 até 2 anos	33	22
+ de 2 até 3 anos	20	14
+ de 3 até 4 anos	13	9
Total	148	100

Fonte: Própria Pesquisa/2014

No referente à duração da pena, como pode ser observado na tabela acima, 82 (55%) detentos deverão cumprir pena de 1 a 15 anos de reclusão, 41 (28%) não haviam duração das penas definidas, uma vez que esses ainda não foram julgados e 3 (2%) não havia informação sobre a duração da pena.

Esses dados corroboram com uma pesquisa em detentos, realizada por Scherer et al. (2011), onde os resultados mostraram uma relevância maior de reclusos (66,1%) cumprindo pena de 1 a 12 anos de reclusão.

Quanto ao tempo de permanência no ambiente prisional a Tabela 4 evidência a predominância de 82 (55%) detentos com tempo de reclusão, no presídio em questão, com até 1 ano, seguido do intervalo de mais de 1 até 2 anos (22%), mais de 2 até 3 anos (14%) e em menor proporção o intervalo de mais de 3 anos até 4 anos (9%).

Ressaltando que a baixa permanência de tempo no ambiente prisional, com o maior tempo de reclusão chegando no máximo a 4 anos, está relacionado ao tempo de existência da unidade prisional em questão, a qual foi inaugurada há apenas 4 anos.

Vários estudos realizados no mundo, como os de: Adib, Al-Takash e Al-Hajj (1999) em 21 prisões do Líbano; Bellin, Fletcher e Safyer (1993) no sistema prisional da cidade de Nova Iorque-EUA; Martín, Brugos e Valcarcel (2000) em penitenciárias da Espanha e Sánchez et al. (1995) em prisão na Espanha, mostram que quanto maior o tempo de permanência do detento no ambiente prisional maior é sua exposição à doença e conseqüentemente maior o risco de contrair a infecção tuberculosa.

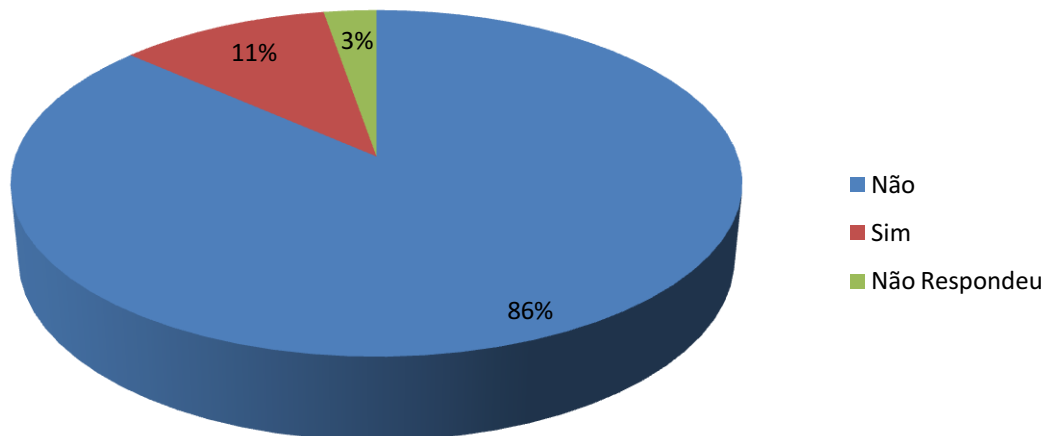
A relação entre o tempo de prisão e a infecção tuberculosa também foi observada em estudos realizados em várias penitenciárias brasileiras, por Niero (1981), Vitti (2005) e Abrahão (2003), onde foi evidenciado que quanto maior o tempo de confinamento do detento maior a infecção tuberculosa.

5.3 CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS DETENTOS

Para analisar as características epidemiológicas dos detentos que aceitaram participar desse estudo, foram utilizadas as seguintes variáveis: existência de casos de TB na família; tratamento desses casos; avaliação dos comunicantes dos casos confirmados de TB; existência de tosse; tempo de existência da tosse; presença de expectoração; surgimento de febre vespertina; perda de peso e tratamento anterior para a tuberculose.

O Gráfico 2 mostra a distribuição através da variável existência de casos de TB na família.

Gráfico 2- Distribuição percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme a existência de caso de TB na família. Cajazeiras- PB, 2014.



Fonte: Própria Pesquisa/2014

Analisando o Gráfico 2 evidencia-se que um pequeno número de detentos (11%) relataram já ter tido algum caso confirmado de tuberculose em sua família, enquanto que 86% referiram não ter tido nenhum caso na família e apenas 3% (4) não responderam. Os 16

detentos que informaram já ter tido pelo menos um caso de TB na família, apresentam uma probabilidade maior de já ter entrado em contato com o bacilo e consequente infecção.

No entanto, esse resultado contradiz com a literatura pertinente que afirma que uma grande parte dos detentos já ingressa no sistema penitenciário infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* (FRANÇA, 2012).

Vale ressaltar que o contato prévio com o bacilo de Koch em associação com as características do ambiente prisional, favorece o desenvolvimento da doença e a sua transmissão.

Dentre os detentos que afirmaram a existência de casos de TB na família, foi feita a distribuição conforme a realização do tratamento desses casos de TB e a avaliação dos comunicantes desses casos confirmados, como é mostrado na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual dos detentos que afirmaram a existência de casos de TB na família, conforme a realização do tratamento do caso de TB e a avaliação dos comunicantes. Cajazeiras- PB, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
Tratamento do caso de TB		
Sim	13	81
Não Respondeu	3	19
Avaliação dos comunicantes		
Sim	6	37
Não	3	19
Não Respondeu	7	44
Total	16	100

Fonte: Própria Pesquisa/2014

É possível observar na tabela acima que 81% (13) dos detentos com casos de TB na família, segundo os participantes, foram tratados. Quanto aos comunicantes 37% (6) dos reclusos informaram que houve a avaliação dos contatos e 44% (7) não souberam responder. Vale ressaltar que a maioria desses casos confirmados de TB na família relatados pelos detentos, havia ocorrido no intervalo de 6 à 10 anos atrás.

Nesse âmbito deve-se observar que todas as pessoas que vivem no mesmo ambiente que uma pessoa com TB pulmonar ativa, contato, devem ser avaliadas e o controle desses contatos deve ser entendido como uma atividade fundamental e importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente os casos de doença ativa (WHO, 2008).

A distribuição através das variáveis: tratamento anterior para a tuberculose, presença de febre vespertina, perda de peso e existência de tosse são expressas na Tabela 6.

Tabela 6- Distribuição numérica e percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme o tratamento anterior para a tuberculose, presença de febre vespertina, perda de peso e existência de tosse. Cajazeiras- PB, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
Tratamento anterior para tuberculose		
Sim	8	5
Não	140	95
Febre vespertina		
Sim	24	16
Não	124	84
Perda de peso		
Sim	31	21
Não	117	79
Tosse		
Sim	68	46
Não	80	54
Total	148	100

Fonte: Própria Pesquisa/2014

Na Tabela 6 verifica-se que apenas 5% (8) dos detentos relataram já ter tido tuberculose anterior com seu respectivo tratamento, 16% (24) afirmaram que atualmente apresentam febre vespertina e 21% (31) relataram ter perda de peso. Considerando que a perda de peso entre os detentos pode estar associada à má alimentação, uma vez que uma grande parte dos detentos que relatou estar apresentando perda de peso associou essa condição a qualidade da alimentação oferecida pela unidade prisional.

Dentro dessa ótica é possível observar que a precariedade e a insalubridade do ambiente prisional, associados à má-alimentação dos presos tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças (ASSIS, 2007).

A presença de tosse foi relatada por um número significativo de detentos. Considerando que a tosse é considerada um sinal clássico da tuberculose e a sua existência em um número relevante de detentos pode indicar uma possível infecção tuberculosa associada a uma provável transmissão da doença, uma vez que a infecção ocorre a partir da inalação de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias.

No entanto, segundo Sánchez et al. (2009) frequentemente os detentos subestimam os sintomas da tuberculose e quando indagados sobre a existência de tosse, expressam respostas negativas, por considerarem a tosse como normal.

Entre os 68 detentos que afirmaram estar com tosse, foi realizada a distribuição conforme o tempo de duração da tosse e a presença de expectoração, como podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual dos detentos que afirmaram estar com tosse, conforme o tempo de existência da tosse e a presença de expectoração. Cajazeiras- PB, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
Tempo de existência da tosse (semanas)		
1 semana	15	22
2 semanas	24	35
3 ou mais semanas	29	43
Total	68	100
Presença de expectoração		
Sim	47	69
Não	21	31
Total	68	100

Fonte: Própria Pesquisa/2014

Conforme observa-se na tabela acima, dos 68 (46%) detentos que relataram esta com tosse, 29 (43%) apresentavam esse sinal por mais de três semanas, 35% (24) informaram que essa tosse existia há duas semanas e 15 (22%) detentos disseram que a tosse existia há uma semana. Em relação à expectoração, 47 (69%) detentos confirmaram que essa tosse era com expectoração.

Estes resultados aproximam-se dos de Nogueira, Abrahão e Galesi (2012), os autores encontraram uma taxa de 32,3% de presos com tosse, sendo que destes 55% apresentavam essa tosse há mais de duas semanas, 36,3% apresentavam expectoração e os casos de TB anterior foi notado em 3,9% dos detentos estudados em duas unidades prisionais do estado de São Paulo.

A investigação do tempo de existência da tosse é fundamental, pois a partir dessa informação é possível realizar a classificação do indivíduo como sintomático respiratório, que no ambiente prisional é o indivíduo com tosse por tempo igual ou superior a duas semanas, que são considerados com suspeita de tuberculose pulmonar, visando a descoberta dos casos bacilíferos para início do tratamento adequado e conseqüente interrupção da cadeia de transmissão da doença.

5.4 RESULTADOS DOS EXAMES DE BACILOSCOPIA

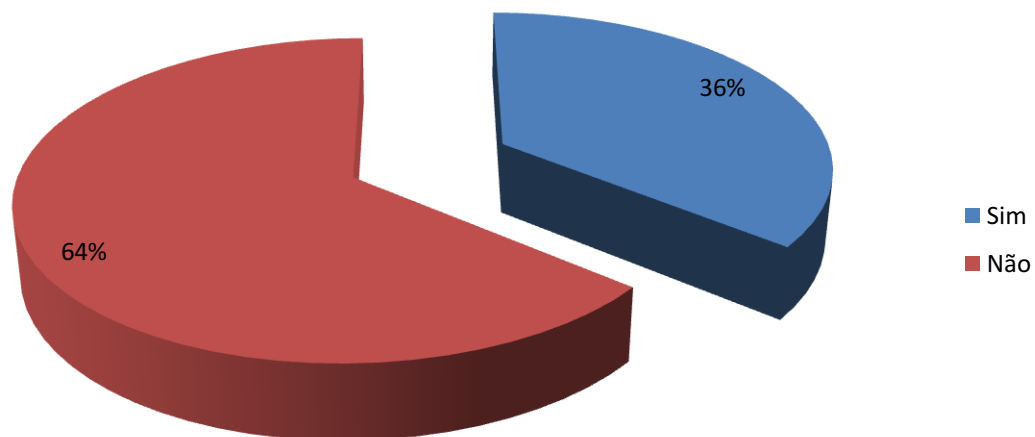
Nessa temática será analisada e discutida a distribuição dos apenados, enquanto sintomáticos respiratórios, indicação para a realização da baciloscopia (exame de escarro) e os resultados dos exames realizados.

Considerando que o Ministério da Saúde classifica um indivíduo como sintomático respiratório aquele com tosse por tempo igual ou superior a três semanas, no entanto, na

população prisional, que é considerada uma população com alto risco para a infecção tuberculosa, esses parâmetros mudam e passam a ser considerados como SR todo indivíduo com tosse por tempo igual ou superior a duas semanas (BRASIL, 2011b).

Nessa perspectiva o Gráfico 3 mostra a distribuição dos reclusos mediante a classificação dos detentos enquanto sintomáticos respiratórios.

Gráfico 3- Distribuição percentual dos detentos que participaram da pesquisa conforme classificação enquanto sintomático respiratório. Cajazeiras- PB, 2014.



Fonte: Própria pesquisa/2014

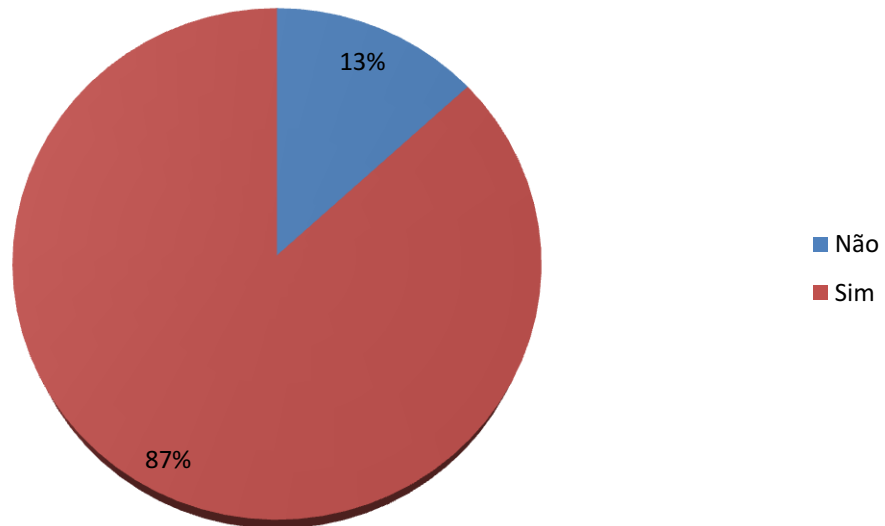
No gráfico acima é possível observar que dos 148 detentos entrevistados, 53 (36%) relataram ter tosse por tempo igual ou superior a duas semanas, ou seja, classificados como sintomáticos respiratórios.

A existência de tosse por tempo igual ou superior a duas semanas deve servir como parâmetro para a identificação dos casos bacilíferos positivo, considerando o ambiente confinado e hiperendêmico das prisões (LEGRAND et al., 2008).

Dessa forma, a identificação desses indivíduos SR seleciona o público que irá realizar o exame diagnóstico para a tuberculose permitindo a detecção precoce das formas pulmonares, principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão, sendo fundamental para o controle da TB.

Dos 53 detentos que foram classificados como sintomáticos respiratórios, foi realizada a distribuição conforme indicação para a realização do exame de escarro (baciloscopia), como é mostrado no Gráfico 4.

Gráfico 4- Distribuição percentual dos detentos classificados como SR conforme indicação para a realização da baciloscopia. Cajazeiras- PB, 2014.



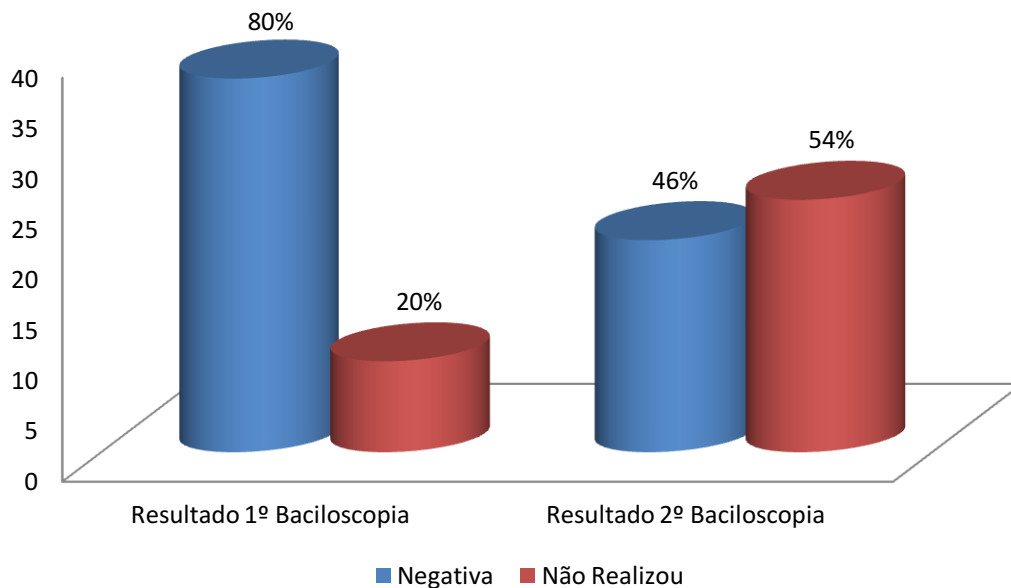
Fonte: Própria pesquisa/2014

Verifica-se no gráfico acima que dos 53 detentos classificados como SR, 46 (87%) foram indicados para a realização do exame de escarro. Ressaltando que os 7 (13%) detentos que não foram indicados para a realização da baciloscopia foram os detentos que apesar de referirem a presença de tosse por tempo igual ou superior a duas semanas, não apresentavam expectoração de material adequado proveniente da árvore brônquica, uma vez que sem o material (escarro) não é possível a realização do exame de escarro.

A baciloscopia de escarro é o método prioritário indicado tanto para o diagnóstico quanto para ao controle de tratamento. Para a sua realização é necessário a presença de material proveniente da árvore brônquica, no entanto a falta de expectoração não exclui o indivíduo, selecionado anteriormente como sintomático respiratório, de possível infecção tuberculosa. Dessa forma, apresenta a necessidade da utilização de outros métodos diagnósticos.

A porcentagem dos resultados dos exames de escarro realizados são mostrados no Gráfico 5.

Gráfico 5- Distribuição percentual dos detentos indicados para a realização da baciloscopia, conforme os resultados dos exames de escarro realizados. Cajazeiras- PB, 2014.



Fonte: Própria pesquisa/2014

No que concerne ao gráfico acima evidencia-se que dos 46 (87%) detentos que foram indicados para a realização do exame bacteriológico, no primeiro exame 37 (80%) reclusos entregaram a amostra para a realização do exame de escarro, e no segundo exame apenas 21 (46%) entregaram a amostra para a realização da baciloscopia.

Para a realização do exame bacteriológico um número bastante elevado de detentos (34) não entregaram a amostra para que esta fosse analisada, esses reclusos justificaram a não entrega do material por não ter conseguido a expectoração.

Segundo o Ministério da Saúde, a partir da segunda amostra de escarro há um aumento no número de casos detectados de 10% a 14% e de 5% a 8% a partir da terceira amostra (BRASIL, 2011b).

Referente aos resultados dos exames nota-se que todos os resultados foram negativos, em todas as amostras de escarro coletadas e analisadas.

Essa predominância de resultados negativos, diante da realização da baciloscopia, pode apontar uma incidência de TB insignificativa, o que diverge de demais estudos realizados á vários anos em vários presídios do mundo, como os de Nyangulu et al. (1997) na população prisional de Malawi, Aerts et al. (2000) em prisões da Georgia, Sánchez et al. (1995) em prisões na Espanha, March et al. (2000) e Rutta et al. (2001) em prisões da Tanzânia.

Divergindo também de estudos realizados em vários presídios no Brasil, como os resultados encontrados por Sánchez et al. (2007) em unidades prisionais do estado do Rio de Janeiro, onde a incidência foi de 3.137/100.000 presos, uma taxa trinta vezes maior do que a taxa geral da população do estado.

Também divergem dos resultados encontrados por Macedo, Macedo e Maciel (2013) na população carcerária do estado do Espírito Santo, onde encontraram uma incidência de 1.962 casos de tuberculose por 100 mil presos.

De acordo com França (2012), quando a prevalência da tuberculose no sistema prisional é avaliada através da baciloscopia os valores chegam a 787/100.000 presos/ano e quando utilizado o método diagnóstico da cultura de escarro esses números chegam a 5.310/100.000 presos/ano, números de prevalência bem superiores ao número de incidência de TB na população brasileira em geral (38/100.00 habitantes).

Nessa perspectiva, diante desses resultados é importante observar a necessidade de continuar a investigação nessa população, uma vez que esses resultados negativos não excluem os detentos que realizaram o exame, como também os reclusos que não foram indicados para a realização da baciloscopia, por não apresentarem tosse por tempo igual ou superior a duas semanas ou por não conseguir expectorar, de estarem infectados ou até mesmo doentes de TB. Sendo importante a realização do método de cultura para micobactéria, que é um método de alta especificidade no diagnóstico da tuberculose e que pode aumentar consideravelmente o diagnóstico da doença nos casos com baciloscopia repetidamente negativa. Como também a realização da radiografia de tórax, onde é possível identificar os casos assintomáticos e os casos com resultados negativos para baciloscopia, uma vez que o rastreamento fundamentado na presença de tosse permite a identificação de uma pequena parte dos doentes comumente já bacilíferos, apresentando assim rendimento superior.

Os dados do presente estudo também divergem dos resultados encontrados por Nogueira, Abrahão e Galesi (2012) onde ao realizar o exame de escarro em detentos, foi identificado um percentual de 0,3% dos detentos com baciloscopia positiva e pelo método de cultura foi observado que 1,1% dos detentos apresentaram resultado positivo. Verifica-se também que o coeficiente de prevalência da tuberculose pelo escarro foi de 289.3/100.000 detentos e pela cultura foi de 1.079,7 casos de tuberculose por 100 mil detentos.

No entanto, o resultado encontrado nesse estudo pode estar associado ao baixo tempo de reclusão da maioria da população penitenciária, até no máximo um ano, e como

já mencionado anteriormente, o tempo de prisão esta intimamente relacionado à taxa de infecção tuberculosa. Como também devido a atuação da equipe de saúde do estabelecimento prisional, composta por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um psicólogo, um assistente social, um técnico de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário, que foi instituída em 2012, dois anos após a inauguração do referido presídio.

Embora, em pouco tempo, o fato da presença dessa equipe no interior do presídio, possibilita a busca ativa periódica e o monitoramento do estado de saúde dos detentos. Fato que sugere pesquisas posteriores que aborde seu processo de trabalho no interior do presídio.

Essa equipe, em especial a equipe de enfermagem, desenvolve ações de promoção da saúde na população prisional, como a realização de campanhas de busca ativa no momento do ingresso do detento no sistema penitenciário e uma busca ativa periódica de toda a população prisional. Também é realizado consultas, onde no ano de 2013 foram realizados, dentro da penitenciária, 598 atendimentos odontológicos, 938 atendimentos psicológicos, 1.490 atendimentos médicos, 1.538 atendimentos de assistência social, bem como 2.376 atendimentos de enfermagem, de acordo com os dados secundários obtidos pelo relatório anual emitido pela penitenciária.

Mediante os resultados, este estudo aponta a possibilidade de viés, considerando que uma parte dos detentos não concordaram em participar da pesquisa e, para garantir a sua liberdade de recusa, nos mesmos não foram realizadas as entrevistas, bem como os exames de baciloscopia. Dessa forma neste intervalo poderiam ser encontrados casos suspeitos não diagnosticados e até mesmo de doentes de TB.

A literatura aponta que para minimizar esses grupos que apresentam resistência em participar de atividades de busca ativa e de métodos diagnósticos de TB, pode ser implementado dentro do presídio a disseminação de informações e incentivo a cooperação na realização da busca por diagnóstico de tuberculose, através da formação de detentos que sejam promotores de saúde com ênfase em TB, uma vez que esses promotores de saúde têm mais acesso aos demais detentos e passam mais confiança. Através dessas ações os detentos promotores em saúde podem promover o conhecimento de que o diagnóstico e o tratamento dos casos de TB é o método mais eficaz para a proteção de todos contra a tuberculose (BRASIL, 2011b).

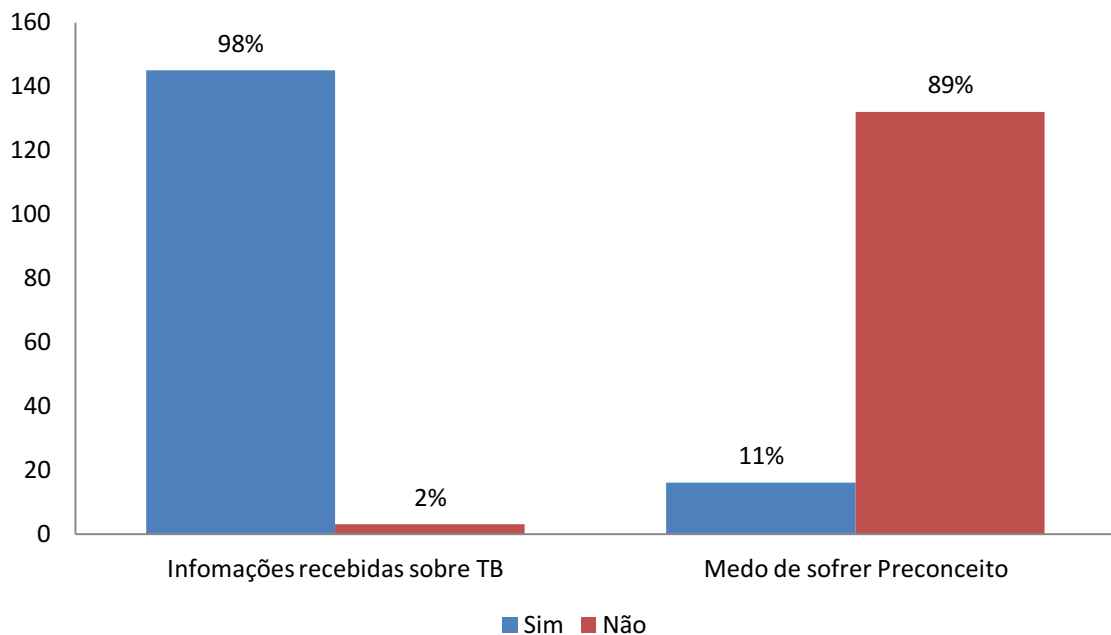
5.5 PERCEPÇÃO DOS DETENTOS ACERCA DA TUBERCULOSE

Por fim, nesse item será realizada uma abordagem sobre os resultados dos questionamentos presentes no instrumento de coleta de dados, bem como a discussão dos mesmos. Primeiro será exposto a apresentação dos questionamentos quantitativos: informações recebidas acerca da tuberculose e medo de sofrer preconceito caso tenha a doença.

Em seguida será feito a análise das falas, ressaltando que a pesquisa buscou trabalhar como unidade temática a visão dos detentos sobre a tuberculose, o que levou a compreensão de que diante dessa temática, as falas convergiram em três idéias centrais: A tuberculose como uma doença curável e transmissível; as complicações inerentes a tuberculose e a falta de informação sobre a TB. A partir dessas idéias centrais foi possível expor as falas dos entrevistados com clareza e seguir os temas sugeridos a partir de suas falas.

O Gráfico 6 mostra a distribuição das variáveis : informações recebidas a cerca da tuberculose e medo de sofrer preconceito.

Gráfico 6-Distribuição percentual dos detentos que participaram da pesquisa, conforme informações recebidas acerca da tuberculose e medo de sofrer preconceito. Cajazeiras- PB, 2014.



Fonte: Própria Pesquisa/2014

Como pode ser observado no Gráfico 6 quando interrogados sobre a obtenção de informação acerca da tuberculose, verificou-se que entre os entrevistados 145 (98%) responderam que já receberam alguma informação sobre a tuberculose e apenas 3 (2%) responderam que não. E em relação ao preconceito, pôde-se observar que 132 (89%) apenas relataram não ter receio em sofrer estigmatização, preconceito, caso tivesse com a doença, enquanto que 16 (11%) disseram que sim.

Mediante ao questionamento de como os detentos vêem a tuberculose as falas convergiram em três categorias: A tuberculose como uma doença curável e transmissível; as complicações inerentes a tuberculose e a falta de informação sobre a TB, categorias essas que tiveram como objetivos descrever a visão dos detentos sobre essa doença.

5.5.1 A tuberculose como uma doença curável e transmissível

Verificou-se que para os participantes deste estudo a tuberculose é vista como uma doença curável e contagiosa.

“Antigamente era terminal, mas agora com o tratamento tem cura.” (D- 30)

“Essa doença é perigosa e tem cura se tratar.” (D-85)

“È uma doença que pega pela saliva e que tem cura.” (D- 46)

Nas falas dos participantes é notória a visão da cura existente em relação à doença, mostrando que apesar de algumas idéias destorcidas da doença, esses detentos receberam alguma informação acerca da tuberculose.

Segundo o Ministério da Saúde a tuberculose é uma doença 100% curável em quase todos os casos novos que são sensíveis aos medicamentos anti-TB, uma vez que sejam respeitadas todas as etapas do tratamento medicamentoso (BRASIL, 2011b). Respalhando assim as informações obtidas pelos detentos sobre a doença.

A tuberculose também apresenta um risco elevado de transmissão para as pessoas privadas de liberdade, considerando as características encontradas no ambiente prisional.

Dessa forma, quando se refere à transmissibilidade da tuberculose os detentos relatam:

“Já vi muitos morrer, ela é contagiosa.” (D- 17)

“Se tiver com ela tem que ser tratado, pois é contagiosa e quanto mais cedo tratar melhor.” (D- 37)

“Só sei que transmite de um para o outro” (D-106)

Já nesses discursos os detentos expressam medo em relação à tuberculose apontando-a como uma doença de caráter contagioso. Uma vez que também segundo o Ministério da Saúde a tuberculose é considerada uma doença infectocontagiosa que dissemina-se pelo ar e é transmitida através de uma pessoa com tuberculose pulmonar ao tossir, falar ou espirar (BRASIL, 2011b).

As características do ambiente prisional, aglomeração, pouca ventilação e iluminação solar, associados a outros fatores como má alimentação, sedentarismo, uso de drogas e exposição freqüente ao bacilo em ambiente fechado, favorecem ainda mais para a transmissão da infecção tuberculosa (MACEDO; MACEDO; MACIEL, 2013).

Esses dados obtidos são semelhantes aos resultados encontrados em uma pesquisa realizada por Ferreira Junior, Oliveira e Marin-Leon (2013), onde ao indagar detentos sobre a maior preocupação em relação a tuberculose, 20,6% relataram que era o acesso ao tratamento e a cura e, 12,1% informaram que tinham apreensão quanto a sua transmissibilidade.

Esses resultados mostram que apesar da doença ser entendida como curável, o alcance a essa cura gera apreensões, bem como o seu caráter contagioso representa uma preocupação presente nos detentos.

5.5.2 As complicações inerentes a tuberculose

Observou-se nas falas dos detentos que a tuberculose também é compreendida pelas suas complicações.

“É muito ruim para a pessoa, tosse muito e tem que ficar isolado.” (D- 35)

“É uma doença que gera catarro e que falta o apetite e emagrece.” (D- 57)

“Tem uma tosse crônica e leva morte.” (D- 99)

Essas complicações relatadas pelos entrevistados se aproximam dos sintomas clássicos da tuberculose pulmonar descritos por Smeltzer et al. (2009) como tosse, febre

baixa, sudorese noturna, fadiga e perda de peso, uma vez que a tosse pode ser improdutiva ou expectorante.

Esses discursos também aproximam-se dos relatos dos detentos de um presídio em São Paulo, onde 28,4% referiram os sintomas da tuberculose como tosse com catarro, 9,9% relataram a perda de peso e 9,2% descreveram a falta de apetite (FERREIRA JÚNIOR; OLIVEIRA; MARIN-LEON, 2013).

Apesar de relatarem as complicações inerentes à tuberculose e entenderem a presença de tosse como um sintoma clássico da TB, muitos detentos subvalorizam esses sintomas, considerando o ambiente violento no qual estão inseridos, onde a preocupação com a sobrevivência é prioritária e a idéia de fragilidade que a doença produz gera medo, onde no ambiente prisional a imagem da força é fundamental (DIUANA et al., 2008).

5.5.3 A falta de informação sobre a TB

Verificou-se durante as entrevistas que alguns detentos relataram não saber dizer nada a respeito da tuberculose, como observamos nos discursos:

“Só ouvi falar, mas não sei de nada.” (D- 10)

“Não sei nada a respeito dessa doença.” (D- 50)

“Não sei quase nada.” (D- 63)

Percebe-se nas falas dessa categoria que alguns detentos não receberam informação suficiente sobre a doença, divergindo dos resultados obtidos no questionamento sobre a obtenção de informação acerca da tuberculose, onde uma grande parte dos entrevistados respondeu que havia sido informado sobre a doença. Essa realidade encontrada pode indicar que as ações de informação empregadas para a disseminação do conhecimento entre essa população não estejam alcançando a sua finalidade.

Nessa perspectiva, Sánchez et al. (2006) afirmam que é de grande importância as ações de informação, educação e sensibilização, para que haja o conhecimento de que a busca ativa, o diagnóstico e o tratamento dos casos, são essenciais para o controle da TB e para favorecerem a percepção da saúde como um bem comum, propiciando a colaboração no desenvolvimento das ações.

Assim sendo, esses detentos necessitam de informações para que possam ampliar o conhecimento acerca da tuberculose, incluindo suas peculiaridades, adaptadas à realidade sociocultural na qual eles estão inseridos, que neste caso, é o sistema prisional. Dessa forma, os detentos que possuem algum conhecimento sobre a doença podem ser multiplicadores e passar essas informações aos demais que não tenham tido a oportunidade de receber subsídios sobre a tuberculose e as ações empregadas para o seu controle.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tuberculose é uma doença relatada desde a antiguidade e constitui um grave problema de saúde pública com profundas raízes sócio-culturais, em especial para a população privada de liberdade. Compondo nessa população uma incidência maior do que a incidência na população em geral.

Baseado nos objetivos propostos por esta pesquisa foi possível conhecer as características sociodemográficas, as variáveis jurídico- penais, o perfil epidemiológico, a percepção dos detentos acerca da TB e a incidência de tuberculose entre os detentos da Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras.

Trata-se de uma população em sua maioria constituída por homens adultos jovens, na faixa etária de 30 a 34 anos, pardos, solteiros, com o ensino fundamental incompleto, naturais do estado da Paraíba, sentenciados, condenados no Art. 33 (tráfico de entorpecentes), cumprindo pena de 8 a 15 anos de reclusão e encarcerados a no máximo 1 ano.

Em relação à epidemiologia e a percepção sobre a TB, observa-se em maior frequência detentos que não apresentam tosse, febre, perda de peso, que não tiveram tuberculose anterior e que enxergam a tuberculose como uma doença curável, transmissível e com tosse. Dos que relataram tosse, a predominância era de tosse existente por mais de três semanas e com expectoração. E quanto à realização da baciloscopia todos os resultados foram negativos.

Os resultados obtidos possibilitaram entender que o controle da TB nas prisões é possível, através de uma atenção integral á saúde do preso, promovendo o rastreamento ativo da tuberculose com a realização de campanhas de busca ativa no momento do ingresso do detento no sistema penitenciário e uma busca ativa periódica de toda a população prisional.

Sendo importante salientar que uma parte dos detentos recusaram-se a participar da pesquisa e dessa forma, neste intervalo poderiam ser encontrados casos suspeitos não diagnosticados e até mesmo de doentes de TB. Considerando também a necessidade de explorar melhor o diagnóstico da tuberculose, através dos métodos de cultura para micobactéria e da radiografia de tórax.

Nesse âmbito, percebe-se a necessidade da implementação de outros métodos diagnósticos nessa população, considerando que outros sinais e sintomas além da tosse devem ser valorizados na investigação diagnostica da tuberculose uma vez que ela pode

manifestar-se sob diferentes apresentações clínicas, que podem estar associadas ao órgão acometido.

Mediante a realização desse estudo foi possível delinear o perfil dos detentos da penitenciária em questão e dessa forma, contribuir para futuras pesquisas que tenham como objetivo identificar as necessidades desse público e aprimorar a assistência prestada pelos profissionais de saúde a essa clientela, para efetivação do controle dessa doença.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, R. M. C. M. **A tuberculose na população carcerária dos distritos policiais da zona oeste da cidade de São Paulo.** 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- ADIB, S. M.; AL-TAKASH, H.; AL-HAJJ, C. Tuberculosis in Lebanese jails: prevalence and risk factors. **Eur J Epidemiol**, v.15, n. 3, p. 253-260, 1999.
- AERTS, A. et al. Pulmonary tuberculosis in prisons of the ex-URSS State of Georgia: results of a national-wide prevalence survey among sentenced inmates. **Int J TubercLungDis**, v. 4, p. 1104-1110, 2000.
- ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, ano 11, n. 39, p. 74-78, dez. 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citação em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. **NBR 6028**: informação e documento: resumo; apresentação. Rio de Janeiro, 2003.
- _____. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2012.
- _____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.
- BELLIN, E. Y.; FLETCHER, D. D.; SAFYER, S. M. Association of tuberculosis infection with increased time in or admission to the New York City jail system. **JAMA**, v. 269, p. 2228-2231, 1993.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. rev. Brasília, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. **Taxa de incidência de tuberculose.** Brasília, 2012. Disponível em:
<[https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%20)>

[FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=AF&LAN=ES&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=AF&LAN=ES&outtype=html)>. Acesso em: abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Mortalidade – SIM. **Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis**. Brasília, 2011a. Disponível em: <https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=AF&LAN=ES&outtype=html>. Acesso em: abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Nacional de Informação Penitenciária (InfoPen). **Avaliação da População Prisional Brasileira - Jun/2013**. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BD574E9CE>>. Acesso em: abr. 2014.

_____. **Portaria Interministerial, nº 1.777 de 9 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema penitenciário. Brasília, 2003.

CARVALHO, M. L. et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006.

CONDE, M. B.; MUZY, S. G. R. **Pneumologia e fisiologia: uma abordagem prática**. São Paulo: Atheneu, 2009.

DALEY, C. L.; GOTWAY, M. B.; JASMER, R. M. **Radiographic manifestations of tuberculosis: A primer for clinicians**. San Francisco: Francis J. Curry National Tuberculosis Center, 2009.

DIUANA, V. et al. Representations and practices of guards towards tuberculosis, implications for TB control in prison. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1887-1896, 2008.

FERREIRA JUNIOR, S.; OLIVEIRA, H. B.; MARIN-LEON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, v.16, n.1, p. 100-113, 2013.

FRANÇA, F. A. M. **Teste tuberculínico: comparação de dois instrumentos de leitura**. 2012. 100 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FIGUEIREDO, J. P.; POCINHO, M. **Estatística e bioestatística**. 2008. Disponível em: <<http://biocistron.blogspot.com/search/label/Bioestat%C3%ADstica>>. Acesso em: maio, 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendes, 2008.

GONÇALVES, L. C.; GONÇALVES, R. A. Agressividade, estilo de vida criminal e adaptação à prisão. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 23, n. 3. p. 559-584, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da População**. Brasília- DF, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: maio, 2014.

JESUS, B. F. G. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose na cidade de Montes Claros de 2005 a 2009. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 1, p. 80-84, 2012.

JITTIMANEE, S. X. et al. A prevalence survey for smear-positive tuberculosis in Thai prisons. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 11, n. 5, p. 556-561, 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAROUZE, B.; SANCHEZ, A.; DIUANA, V. Tuberculosis behind bars in developing countries: a hidden shame to public health. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, London, v. 102, p. 841-842, 2008.

LEGRAND, J. et al. Modeling the impact of tuberculosis control strategies in highly endemic overcrowded prisons. **PLoS One**, San Francisco, v. 3, n. 5, 2008. Disponível em: <<http://www.plosone.org/doi/pone.0002100>>. Acesso em: abr. 2014.

LESSA, P. R. A. et al. Presencia de lesiones intraepiteliales de alto grado a las mujeres privadas de libertad: estudio documental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 01-09, mar.-abr. 2012.

LING, D. I. et al. Commercial nucleic-acid amplification tests for diagnosis of pulmonary tuberculosis in respiratory specimens: meta-analysis and meta-regression. **PLoSOne**, London, v. 2, p. e1536, 2008.

MACEDO, L. R.; MACEDO, C. R.; MACIEL, E. L. N. Vigilância epidemiológica da tuberculose em presídios do espírito santo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 2, p. 216-222, jun. 2013.

MAERRAWI, I. E. **Desenvolvimento de um estudo piloto de uma pesquisa que visa identificar fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatites B, C e sífilis em população carcerária**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARCH, F. et al. A. Predictors of tuberculosis transmission in prisons: an analysis using conventional and molecular methods. **AIDS**, v. 14 n. 15 p. 525–535, 2000.

MARTÍN, V.; BRUGOS, M.; VALCARCEL, I. Prevalencia de tratamiento de la infección tuberculosa en una Prisión Provincial. **Rev Esp Salud Pública**, v. 74, n. 4, p. 361-366, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MONTE, A. S. et al. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres Presidiárias. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 3, p. 386-392, 2012.

MOREIRA, L. M. **Política de saúde e a população carcerária: um estudo no presídio estadual metropolitano I – PEM I – Marituba- Pará**. 2012. 117 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

NICOLAU, A. I. O. et al. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 711-719, 2012.

NIERO, R. **Tuberculose pulmonar em uma prisão: estudo de alguns aspectos epidemiológicos como subsídio para o seu controle**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHÃO, R. M. C. M. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 1, p. 30-38, 2009.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHÃO, R. M. C. M.; GALESÍ, V. M. N. Tuberculose e tuberculose latente na população prisional. **Revista de saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 119-127, fev. 2012.

NYANGULU, D. S. et al. Tuberculosis in a prison population in Malawi. **The Lancet**, v. 350, n. 11, p. 1284-1287, 1997.

OLIVEIRA, R. S. et al. Fatores de risco associados às doenças cardiovasculares na população carcerária. **Revista Gestão e Saúde**, Brasil, v. 5, n. 1, p. 263-275, 2014.

PILLER, R. V. B. Epidemiologia da Tuberculose. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.

QUITETE, B. et al. Transtorno de estresse pós- traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro. **Rev Psiq Clín**, v.39, n. 2, p. 43-47, 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. 9. reimp. São Paulo: Atlas, 2008.

RUTTA, E. et al. Tuberculosis in a prison in Mwanza, Tanzania (1994, 1997). **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 5, p. 103-106, 2011.

SÀNCHEZ, A. et al. A tuberculose nas prisões, uma fatalidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2510-2511, 2006.

_____. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro: uma urgência de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 545-552, 2007.

_____. Predictive factors of Mycobacterium tuberculosis infection and pulmonary tuberculosis in prisoners. **Int J Epidemiol**, v. 24, p. 630-636, 1995.

_____. Screening for tuberculosis on admission to highly endemic prisons? The case of Rio de Janeiro State prisons. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 13, p. 1247-1252, 2009.

SCHERER, Z. A. P. et al. Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 7, n. 2, p. 55-62, ago. 2011.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Tradução Fernando Diniz; José Eduardo. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

STUCKLER, D. et al. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington, DC, v. 105, n. 36, p. 13280-13285, 2008.

VITTI, J. W. **Tuberculose em pessoas privadas de liberdade: situação no sistema penitenciário da região de saúde de Botucatu – SP, 1993-2003**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu- SP, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control 2004: Epidemiology, strategy, financing**. Geneva, 2009.

_____. **Global tuberculosis report 2013**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr13_main_text.pdf?ua=1>. Acesso em: 29. abr. 2014.

_____. **Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes**. Geneva, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1 INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

1.1 Este termo de consentimento livre e esclarecido tende a obedecer às exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde onde revoga a lei 196/96 que, no Brasil regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes da pesquisa.

1.2 A resolução CNS 466 (2012) define o consentimento livre e esclarecido como "anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais de riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária no experimento". O consentimento livre e esclarecido do participante é uma exigência não só do Brasil, mas de todos os códigos internacionais e é, sem dúvida, um dos pilares da ética nas pesquisas científicas.

1.3 No Brasil, a resolução CNS 466/2012 estabelece que o pesquisador deverá suspender imediatamente o experimento quando perceber a possibilidade ou a ocorrência de um risco ou dano ao sujeito da pesquisa, não previsto no termo de consentimento.

2 IDENTIFICAÇÃO

2.1 Título do Projeto de Pesquisa: **INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM DETENTOS DA PENITENCIÁRIA REGIONAL DO SERTÃO DA PARAÍBA.**

2.2 Nome do pesquisador responsável: MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO

2.3 Nome do pesquisador participante: ACAD. ENF. ANA CLÁUDIA MOREIRA SANTANA

2.4 Instituição proponente: Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares – Tel.: (83) 3532-2000, CEP: 58900-000 - Cajazeiras – PB.

2.5 Finalidade: Projeto de Pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem.

3 INFORMAÇÃO A CERCA DO PROJETO DE PESQUISA

3.1 Justificativa: A incidência e prevalência da tuberculose são mais elevadas entre os aprisionados do que na população em geral, em virtude dos presídios comporem um ambiente hiperendêmico, relacionado à presença de fatores de risco como: celas superpopulosas, mal ventiladas, com pouca iluminação solar, exposição freqüente ao *Mycobacterium tuberculosis* em ambiente confinado e dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão.

Mediante a grandeza dessa problemática e atentando à recomendação do Ministério da Saúde de que uma atenção especial deve ser disponibilizada aos grupos de maior risco de adoecimento por tuberculose, entre os quais as pessoas privadas de liberdade, se faz necessário a realização de uma busca ativa nos presídios, através de métodos de rastreamento dessa problemática.

Também levando em conta a escassez ainda existente de trabalhos científicos publicados sobre a referida temática, percebe-se a necessidade da execução de novos estudos que enfatizem a incidência de tuberculose entre as pessoas privadas de liberdade, em virtude das lacunas relativas a essa incidência na referida população.

Dessa forma, a realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer a incidência de tuberculose na população carcerária no município de Cajazeiras, Paraíba no ano de 2014, com o propósito de identificar os casos de TB entre os aprisionados. Sendo de fundamental importância o conhecimento sobre essa temática, para que se possa planejar e implementar ações e estratégias que possibilite o seu controle.

3.2 Objetivos: Identificar a incidência de tuberculose em detentos da Penitenciária Regional do sertão da Paraíba.

3.3 Procedimentos: Após encaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para aptidão da pesquisa e recebimento de anuência, será então, iniciada a aplicação do instrumento elaborado para coleta de dados.

Será utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado para caracterização dos participantes do estudo, resumido em quatro dimensões: abordando questões que definam as informações sócio-demográficas, as variáveis jurídico-penais, os dados epidemiológicos e a concepção dos detentos acerca da tuberculose. No entanto, será necessário que cada paciente receba e leia o TCLE, e em seguida deve assinar o termo ao concordar em participar voluntariamente do estudo.

3.4 Riscos ou desconfortos: O referido projeto apresenta um risco mínimo de causar apreensão ao indivíduo que se submeta a responder o questionário e participar da pesquisa, que será rapidamente solucionado pelo pesquisador responsável, sendo que se justifica pelo benefício que essa pesquisa trará ao público investigado e a sociedade em geral, pela necessidade de conhecer a incidência de tuberculose na população carcerária, identificando assim os casos de TB entre os aprisionados.

3.5 Benefícios Esperados: Esse estudo é de suma importância pela necessidade de conhecer a incidência de tuberculose na população carcerária no município de Cajazeiras, Paraíba, uma vez que ainda seja escasso a produção de trabalhos científicos sobre essa temática, nessa região. Ao identificar os casos de TB entre os presidiários, será possível também fornecer subsídios para o planejamento e a implementação de ações e estratégias que possibilite o seu controle.

4 GARANTIAS AO PARTICIPANTE DE PESQUISA

4.1 Garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e procedimento da mesma.

4.2 Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado ou assistência (caso o voluntário esteja recebendo cuidado ou assistência no âmbito da instituição onde está sendo realizada a pesquisa).

4.3 Garantia do sigilo que assegure a privacidade do (a) participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, e anonimato, visando preservar a integridade de seu nome.

4.4 Garantia de que receberá retorno dos resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão arquivados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível a(o) participante quando desejar.

4.5 Garantia de que não terá nenhum ônus com o projeto, que será totalmente custeado pelo pesquisador e/ou patrocinador, e/ou instituição, e que será ressarcido de despesas decorrentes do projeto de pesquisa, como deslocamento, afastamento das atividades e/ou do trabalho, hospedagem, alimentação, bem como será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo

5 CONTATO(S) DISPONIBILIZADO(S) PELO(S) PESQUISADOR(ES)

O(s) pesquisador(es):

5.1 Ciente(s) da importância da participação do voluntário, o agradece(m) por permitir sua inclusão no acima referido projeto de pesquisa;

5.2 Se compromete(m), reiteradamente, a cumprir a resolução 466/2012, e prometem zelar fielmente pelo que neste termo ficou acordado;

5.3. Como prova de compromisso, disponibilizam seus dados para contato ao participante:

Dados completos do pesquisador responsável para contato:

Nome: ANA CLÁUDIA MOREIRA SANTANA

Endereço completo: Rua: Aprígio Bezerra, 29 - Bairro: Esperança. Cajazeiras – PB. CEP: 58900-000.

Telefone: (88) 9940.3670

E-mail: anaclaudia_miss@hotmail.com

Dados completos da orientadora:

Nome: MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO

Endereço completo: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo S/N- Casas Populares, CEP: 58900-000- Cajazeiras - PB.

Telefone: (83) 88037046

E-mail: msorayapf@hotmail.com

6 CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

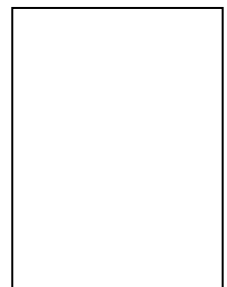
Após obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e consinto minha inclusão no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Cajazeiras - PB, ____ / ____ / ____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante



APÊNCIDE B – Roteiro de entrevista



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Sujeito N°: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento do Paciente: ____/____/____

Idade: _____

I - DADOS DEMOGRÁFICOS:

1) Cor/raça:

() 1. Branco () 2. Preto () 3. Pardo () 4. Amarelo () 5. Indígena () 6. NR (não respondeu)

2) Estado civil:

() 1. Solteiro
() 2. Casado
() 3. Viúvo
() 4. Separado
() 5. NR (não respondeu)

3) Naturalidade: _____

4) Número de Filhos: _____

5) Religião: _____

6) Profissão/ocupação antes da prisão: _____

ESCOLARIDADE:

7) Sabe ler?

() 1. Sim () 2. Não () 3. NR (não respondeu)

8) Sabe escrever?

() 1. Sim () 2. Somente assina o nome () 3. Não () 4. NR

9) Frequentou escola? 1. Sim. **COMPLETOU** até que série?

Primário	Ginásio	Científico
<input type="checkbox"/> 1º série	<input type="checkbox"/> 5º série	<input type="checkbox"/> 1º série
<input type="checkbox"/> 2º série	<input type="checkbox"/> 6º série	<input type="checkbox"/> 2º série
<input type="checkbox"/> 3º série	<input type="checkbox"/> 7º série	<input type="checkbox"/> 3º série
<input type="checkbox"/> 4º série	<input type="checkbox"/> 8º série	

 2. Não 3. NR (não respondeu)**9) Frequentou curso superior?** 1. Sim.a) Incompleto? Qual curso? _____b) Completo? Qual curso? _____ 2. Não 3. NR (não respondeu)**II - DADOS JURÍDICO-PENAIIS: (Dados colhidos nos prontuários processuais dos reeducandos)**

1) Delito cometido? _____

2) Duração da pena? _____

3) Há quanto tempo está nesse ambiente? _____

III – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS:**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

1) Você ta teve algum caso suspeito ou confirmado de tuberculose em sua família?

 1. Sim. Há quantos anos? _____ 2. Não 3. NR

2) Essa pessoa foi tratada?

 1. Sim 2. Não 3. NR

3) Os comunicantes foram avaliados, imunizados?

 1. Sim 2. Não 3. NR**ANTECEDENTES PESSOAIS:**

4) Você tem tosse?

 1. Sim 2. Não 3. NR

5) Se sim, há quantas semanas?

 1. Uma semana 2. Duas semanas 3. Três semanas ou mais 4. NR

6) Essa tosse é com expectoração?

 1. Sim 2. Não 3. NR

7) Tem febre vespertina?

 1. Sim 2. Não 3. NR

8) Tem perda de peso?

 1. Sim 2. Não 3. NR

9) Você já foi tratado para tuberculose?

IV – AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS DETENTOS ACERCA DA TUBERCULOSE:

1) Quantos apenados existem em sua sela?

2) Já obteve alguma informação acerca da Tuberculose?

3) Você tem algum receio em sofrer estigmatização, preconceito, se estiver com a infecção tuberculosa?

4) Como você vê essa doença?

V – CLASSIFICAÇÃO:

1) **Sintomático Respiratório:** () 1. Sim () 2. Não

2) **Indicação para Baciloscopia:** () 1. Sim () 2. Não

3) **Resultado da Baciloscopia:** () 1. Positivo () 2. Negativo

APÊNDICE C – Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável



TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM DETENTOS DA PENITENCIÁRIA PADRÃO REGIONAL DO SERTÃO DA PARAÍBA.

Eu, **MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO**, professora da Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras ETSC - CFP/UFCG, portadora do RG1603 996, SSP/PB e CPF: 022. 854. 654-08 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela orientação do pesquisador colaborador, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.



Maria Soraya Pereira Franco Adriano
Pesquisadora

Cajazeiras, 27 de Maio de 2014.

APÊDICE D – Termo de Compromisso do Pesquisador Participante



TERMO DE COMPROMISSO DO

PESQUISADOR

PARTICIPANTE

Pesquisa: **INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM DETENTOS DA PENITENCIARIA PADRÃO REGIONAL DO SERTÃO DA PARAÍBA.**

Eu, ANA CLÁUDIA MOREIRA SANTANA, aluno da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFPA, portadora do RG 2002029190255 SSP/CE e CPF: 020.318.833-05 responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Maria Soraia Pereira Franco a desenvolver o projeto de pesquisa proposto, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a mesma, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande, e pelos relatórios da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Ana Cláudia Moreira Santana

Ana Cláudia Moreira Santana
Pesquisadora Participante

Cajazeiras, 27 de Maio de 2014.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Autorização Institucional



PENITENCIÁRIA PADRÃO REGIONAL DE CAJAZEIRAS
BR 230, CAJAZEIRAS – PB

DECLARAÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, **JAILSON DE MATOS SANTOS**, diretor da Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras, portador da matrícula: 164.243-0, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM DETENTOS DA PENITENCIÁRIA REGIONAL DO SERTÃO PARAIBANO**, que será realizada com uma abordagem quantitativa na referida Penitenciária no período de Julho e Agosto de 2014, tendo como pesquisadora **ANA CLÁUDIA MOREIRA SANTANA**, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, campus Cajazeiras.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'JMS', written over a horizontal line.

Jailson de Matos Santos.

Diretor da Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras

Cajazeiras, 04 de Junho de 2014.

ANEXO B- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM DETENTOS DA PENITENCIÁRIA REGIONAL DO SERTÃO PARAIBANO

Pesquisador: Maria Soraya Pereira Franco Adriano

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33116914.2.0000.5180

Instituição Proponente: Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 748.797

Data da Relatoria: 11/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo, com uma abordagem quantitativa. O presente estudo será desenvolvido na Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras. a amostra deste estudo será composta pelos reeducandos que se encontrem reclusos na Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a incidência de tuberculose em detentos da penitenciária regional do sertão da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios foram adequadamente descritos, conforme preconizado na Resolução 466/12, no TCLE e no arquivo gerado na Plataforma Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem delineada e observa os preceitos éticos exigidos pela legislação, em especial a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - Folha de rosto (datada e assinada); - Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador responsável (datado e assinado); Termo de

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cepfsm@gmail.com

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



Continuação do Parecer: 748.797

Compromisso e responsabilidade do pesquisador participante (datado e assinado); - Projeto completo e Instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Atentar para envio do relatório final ao CEP, conforme descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 13 de Agosto de 2014

Assinado por:
ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE
(Coordenador)

Endereço: BR 230, Km 504
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3531-1346 **Fax:** (83)3531-1365 **E-mail:** cepfsm@gmail.com