**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

MARYLIN NEVES NOGUEIRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A ASSISTÊNCIA
À TUBERCULOSE NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PRISIONAL EM
SANTARÉM – PA.**

São Paulo - SP
2020

MARYLIN NEVES NOGUEIRA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A ASSISTÊNCIA
À TUBERCULOSE NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PRISIONAL EM
SANTARÉM – PA.**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo - SP
2020

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

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

NOGUEIRA, Marylin Neves

Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pa. / Marylin Neves Nogueira. -São Paulo. 2020. 91 p.

Dissertação (mestrado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Programa de pós-graduação mestrado profissional em enfermagem na atenção primária em saúde no sistema único de saúde. 2020.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek.

1. Enfermagem; 2. Assistência; 3. Instituições Prisionais; 4. Controle da Tuberculose;
I. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. II. Marylin Neves Nogueira. III. Programa de pós-graduação mestrado profissional em enfermagem na atenção primária em saúde no sistema único de saúde. IV. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pa.

Nome: Marylin Neves Nogueira

Título: Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pa.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 03/12/2020.

Banca Examinadora

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por conceder-me a oportunidade de ter mais essa experiência de vida.

À minha mãe **Classira Nogueira**, por toda dedicação e amor aos filhos. Te amo!

À minha orientadora **Prof^a. Dr^a. Anna Luiza Gryscek.**, pelas orientações no trabalho e principalmente por ter acreditado e me apoiado nesse momento.

À **Prof^a. Dr^a Renata Ferreira Takahashi**, pela contribuição neste trabalho.

À **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, e principalmente aos **professores do MPAPS**, por toda experiência e conhecimento repassados.

Ao **Sistema Penitenciário do Estado do Pará**, em especial ao **CRASHM** e aos **profissionais de enfermagem** que aceitaram participar da pesquisa.

Aos componentes da **banca examinadora**, pela disponibilidade em participar da avaliação deste trabalho.

À **Enf. Antonia Irisley Blandes**, pela contribuição e disponibilidade.

À **Enf. Nádia Martins**, pela contribuição e disponibilidade.

À **todos** que contribuíram nesta trajetória, direta ou indiretamente. Obrigada!

Nogueira MN. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pa. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: A tuberculose é um agravo à saúde extremamente relevante, ocorrendo de maneira prevalente no sistema prisional do Brasil. Apesar da existência de legislação específica e de uma política de controle dessa enfermidade, a operacionalização das ações do Programa de Controle da Tuberculose ainda enfrenta dificuldades para sua implementação dentro das unidades prisionais, isto porque a configuração estrutural, logística e hierárquica das unidades diferem das unidades de saúde externas. **Objetivo:** Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a assistência à saúde prestada à pessoa privada de liberdade (PPL) com tuberculose dentro do Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura em Santarém Pará. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas com os profissionais de enfermagem do Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura em Santarém Pará e analisados conforme os parâmetros e variáveis descritas: no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011), no Manual de Intervenções Ambientais para o Controle da Tuberculose nas Prisões (2012) e no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2005). **Resultados e discussão:** Fizeram parte dessa pesquisa 8 profissionais da equipe de enfermagem da unidade de saúde prisional, observou-se que 50% (04) dos profissionais são do sexo masculino, 33,3% (3) dos profissionais possuem nível superior, entretanto apenas 25% (2) desempenham função de enfermeiro da unidade prisional, quanto ao tempo observou-se que 66,6% variam de 1 a 10 anos e 100% dos enfermeiros possuem curso de especialização. Quanto às variáveis qualitativas, observou-se que a unidade de saúde prisional passou a funcionar dentro do CRASHM há pouco mais de um ano, sendo assim, até o momento dessa pesquisa não haviam sido implementadas ações efetivas do programa de TB. Relacionado ao conhecimento dos profissionais sobre TB demonstraram fragilidade em dizer o que é a doença, assim como seu modo de transmissão e prevenção. Quando ocorre o ingresso do interno é feita a avaliação psicossocial, assim como a anamnese. No que se refere à conduta preconizada em casos suspeitos de tuberculose, apesar de apresentar lacunas e dificuldades quanto à logística e a estrutura física do prédio, uma vez que não tem um espaço específico para que o paciente fique isolado, o diagnóstico é realizado e o tratamento é feito pela instituição. Entretanto em alguns casos o paciente recebe liberdade condicional ou fica em prisão domiciliar para continuar o tratamento na unidade mais próxima à sua residência, esta medida geralmente é acionada pelo próprio paciente junto à justiça, já que a unidade não dispõem de espaço físico suficiente para deixá-lo separado das outras pessoas privadas de liberdade. Tais medidas demonstram que o sistema é precário e dificulta a assistência de enfermagem dentro das instituições, levando a uma situação conflituosa entre as medidas de saúde e as ações de segurança do presídio. **Conclusões:** Após um ano de implantação da Unidade de Saúde no CRASHM, o Programa de Controle da Tuberculose se encontra parcialmente implementado, com a elaboração de palestra sobre o tema, divulgação de instrumentos de veiculação de conhecimento sobre tuberculose como folders. Além disso, a equipe de enfermagem passou a receber orientações sobre a conduta diante dos casos suspeitos. Em consonância a tal achado, e sabendo da importância da informação no processo de agilidade no diagnóstico de TB, optou-se por elaborar como Produto Técnico da presente dissertação um material educativo o “Guia de Boas Práticas na Prevenção e Controle da Tuberculose”, que poderá ser útil para a instrumentalização da equipe de enfermagem e dos profissionais da saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem; Assistência; Instituições Prisionais; Controle da Tuberculose.

Nursing professionals' perception of tuberculosis assistance in a basic prison health unit in Santarém – Pa. Nogueira MN. [Dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is an extremely relevant health problem, occurring prevalently in the prison system in Brazil. Despite the existence of specific legislation and a policy to control this disease, the operationalization of the actions of the Tuberculosis Control Program still faces difficulties for its implementation within the prison units, because the structural, logistical and hierarchical configuration of the units differ from the units external health services. **Objective:** To know the perception of the nursing team about health care provided to persons deprived of liberty (PPL) with tuberculosis at the Agricultural Recovery Center Silvio Hall de Moura in Santarém Pará. **Method:** This is an exploratory, descriptive study, with a qualitative approach, whose data were collected through interviews with nursing professionals from the Agricultural Recovery Center Silvio Hall de Moura in Santarém Pará and analyzed according to the parameters and variables described: in Manual of Recommendations for the Control of Tuberculosis in Brazil (2011), in the Manual of Environmental Interventions for the Control of Tuberculosis in Prisons (2012) and in the National Health Plan in the Penitentiary System (2005). **Results and discussion:** 8 professionals of the nursing team of the prison health unit took part in this research, it is observed that 50% (04) of the professionals are male, 33.3% (3) of the professionals have higher education, however only 25% (2) work as a nurse in the prison unit, regarding the time it was observed that 66.6% vary from 1 to 10 years and 100% of nurses have a specialization course. As for qualitative variables, it was observed that the prison health unit started operating within CRASHM just over a year ago, so, until the time of this research, effective actions of the TB program had not been implemented. Related to the professionals' knowledge about TB, they showed weakness in saying what the disease is, as well as its mode of transmission and prevention. When the intern enters, the psychosocial assessment is carried out, as well as the anamnesis. Regarding the conduct recommended in suspected cases of tuberculosis, despite presenting gaps and difficulties regarding the logistics and the physical structure of the building, since there is no specific space for the patient to be isolated, the diagnosis is made and the treatment is done by the institution. However, in some cases the patient receives parole or is under house arrest to continue treatment in the unit closest to his residence, this measure is usually triggered by the patient himself in court, since the unit does not have enough physical space to leave it separated from other people deprived of liberty. Such measures demonstrate that the system is precarious and makes nursing care within institutions difficult, leading to a conflict between health measures and prison security actions. **Conclusions:** After one year of implementation of the Health Unit at CRASHM, the Tuberculosis Control Program is partially implemented, with the elaboration of a lecture on the theme, dissemination of instruments for disseminating knowledge about tuberculosis such as folders. In addition, the nursing team started to receive guidance on the conduct of suspected cases. In line with this finding, and knowing the importance of information in the agility process in the diagnosis of TB, it was decided to elaborate as a Technical Product of this dissertation an educational material the “Guide to Good Practices in the Prevention and Control of Tuberculosis”, which it may be useful for instrumentalizing the nursing team and health professionals.

Key words: Nursing; Assistance; Prison Institutions; Tuberculosis Control.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil socioprofissional da equipe de enfermagem do CRASHM.....	58
Tabela 2:Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o que é a tuberculose, modo de transmissão e prevenção da doença.	59
Tabela 3: Percepção dos profissionais de enfermagem atuantes na unidade prisional sobre caso suspeito de tuberculose	60
Tabela 4: Experiência prática e capacitação dos profissionais de enfermagem quanto ao programa nacional de combate à tuberculose.....	61
Tabela 5: Percepção dos profissionais de enfermagem sobre as ações de controle da tuberculose dentro do CRASHM.	62
Tabela 6: Dados referentes a avaliação de saúde do indivíduo institucionalizado no CRASHM.	63
Tabela 7: Descrição sobre o processo de notificação do caso confirmado da tuberculose e encaminhamento da ficha de notificação.....	64
Tabela 8: Tratamento da pessoa privada de liberdade com tuberculose durante o aprisionamento e após o livramento.....	675
Tabela 9: Detecção dos casos de tuberculose dentro do CRASHM pelos profissionais de enfermagem.	66
Tabela 10: Casos suspeitos de tuberculose no CRASHM.	65
Tabela 11: Percepções dos profissionais sobre o aumento dos casos de tuberculose dentro do sistema penitenciário de forma geral.	68
Tabela 12: Ações de controle da tuberculose pela equipe de enfermagem dentro do CRASHM	69
Tabela 13: Sugestões dos profissionais de enfermagem para combater a tuberculose dentro das penitenciárias..	70

1. APRESENTAÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2. INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
3. OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
OBJETIVO GERAL	Erro! Indicador não definido.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	Erro! Indicador não definido.
4. REFERENCIAL TEORICO	Erro! Indicador não definido.
4.1 Iniciativas de combate a tuberculose: abordagem do contexto mundial.	Erro! Indicador não definido.
4.2 Criação do Programa Panional de Controle da Tuberculose dentro do Sistema Penitenciário.	Erro! Indicador não definido.
4.3 Configuração do sistema prisional brasileiro. ..	Erro! Indicador não definido.
4.4 Ações de controle e prevenção à tuberculose nos presídios brasileiros.	Erro! Indicador não definido.
4.5 Composição da equipe de atenção básica prisional	Erro! Indicador não definido.2
5. MÉTODO.....	Erro! Indicador não definido.
5.1 Tipo de estudo	Erro! Indicador não definido.
5.2 Cenário do estudo.....	Erro! Indicador não definido.
5.3 Sujeitos de pesquisa.....	Erro! Indicador não definido.
5.4 Coleta de dados.....	Erro! Indicador não definido.7
5.5 Aspectos Éticos	Erro! Indicador não definido.8
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	Erro! Indicador não definido.9
6.1. Perfil socioprofissional da equipe de enfermagem atuante na unidade de saúde prisional CRASHM	Erro! Indicador não definido.9
6.2 Saberes dos profissionais de enfermagem do CRASHM sobre tuberculose	29
6.3 Capacitação e experiência dos profissionais de enfermagem para trabalhar dentro do sistema prisional	Erro! Indicador não definido.4
6.4 O programa do controle da tuberculose no CRASHM	Erro! Indicador não definido.5
7. CONCLUSÃO.....	45
8. REFERÊNCIAS	48
9.APÊNDICES.....	54
10. ANEXOS	Erro! Indicador não definido.7

Em 2015, ao supervisionar um grupo de alunos de uma instituição de ensino superior no desenvolvimento de atividades de um projeto de extensão no Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura (CRASHM), em Santarém-PA, pude constatar que as condições de vida das pessoas privadas de liberdade (PPL) eram inadequadas, em decorrência de aspectos relacionados à instituição ou aos próprios presos, conferindo-lhes uma situação de vulnerabilidade para diversos agravos à saúde. Nessa ocasião, a equipe de saúde do presídio, composta por dois enfermeiros e um médico, nos informou que as PPL com suspeita de tuberculose (TB) eram encaminhadas para uma unidade de Estratégia de Saúde da Família próxima à penitenciária para investigação e acompanhamento, caso fosse confirmado o diagnóstico, o serviço de saúde da penitenciária era responsável pela administração dos medicamentos.

Segundo informações da Coordenadora de Saúde Prisional do CRASHM, como não existia uma unidade de saúde prisional específica dentro da instituição para dar assistência e suporte adequado as PPL, elas eram encaminhadas sobre escolta a uma Unidade de Estratégia e Saúde da Família, que se localiza em um bairro periférico em Santarém próximo ao CRASHM. Era nessa unidade que as PPL recebiam assistência à saúde desde a realização de exames, acompanhamento de doenças crônicas e encaminhamentos para atendimento complexo.

Somente em 2016 a SUSIPE e o Departamento Penitenciário do Pará (DENPE-PA) reformaram e reestruturaram a Unidade Básica de Saúde Prisional, que passou a atender a demanda interna da instituição em junho deste mesmo ano. Entretanto apresentava algumas dificuldades em relação a implementação de todos os programas que compunham a Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro do sistema prisional devido à logística para o atendimento, considerando que o CRASHM funciona como uma colônia de recuperação social para apenados em regime aberto, semiaberto e fechado.

A partir da experiência obtida através da implementação do projeto de extensão dentro da instituição prisional de Santarém foi possível verificar que o acesso à assistência à saúde das PPL era dificultoso, e que o profissional de saúde apesar das dificuldades fazia o possível para não os deixar desassistidos, o que por vezes colocava em risco a sua saúde física e mental. Após esta reflexão foi feita uma revisão de literatura sobre “como era feita a

assistência à saúde dentro das instituições prisionais no Brasil, com ênfase ao controle da TB”. Essa revisão trouxe alguns questionamentos importantes que nortearam esse estudo:

- ❖ Como funciona a assistência à saúde das PPL em relação ao controle da TB no CRASHM?
- ❖ Qual o conhecimento desses profissionais sobre a TB?
- ❖ Quais e como as ações de controle da TB são desenvolvidas no presídio?
- ❖ O que fazem quando ocorre a confirmação de um caso suspeito de TB?

Frente a este cenário o presente estudo teve a finalidade de conhecer o funcionamento do programa e as ações de controle da TB, desenvolvidas em uma penitenciária na região oeste do Pará, bem como identificar as dificuldades no processo e propor ações de melhorias junto à equipe de enfermagem.

A Tuberculose é uma doença transmissível que pode acometer diversos órgãos, porém apresenta maior afinidade pelo pulmão. É causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, em relação aos sintomas mais comuns destaca-se a febre vespertina, sudorese noturna, emagrecimento, cansaço/fadiga e principalmente tosse seca ou produtiva. Essa doença é transmitida por aerossóis, de indivíduos infectados que apresentam o bacilo ativo da doença, sendo, portanto, muito contagiosa (BRASIL, 2019).

Considerando a gravidade da doença, a TB hoje é um problema de saúde pública de âmbito mundial. Somente em 2016, foram diagnosticados mais de 10 milhões de casos de tuberculose em todo o mundo, cerca de 1,7 milhões de pessoas evoluíram a óbito, desse número cerca de 400 mil eram de pessoas que apresentavam coinfeção pelo vírus do HIV (BARREIRA, 2018). Quanto ao panorama brasileiro, observou-se que entre os períodos de 2010 a 2016, a incidência da tuberculose apresentou uma discreta redução no número de casos, no entanto nos dois últimos anos, esse dado voltou a aumentar chegando a 35,0 casos/100 mil habitantes em 2019, sendo notório o aumento dos casos em pessoas entre 10 e 64 anos (BRASIL, 2020).

Outro dado importante está relacionado ao número de casos notificados que somados chegaram a 73.864 somente em 2019, em relação aos estados que mais apresentaram a doença destacam-se: o Rio de Janeiro, Amazonas, Pará, Roraima e Acre, cujo coeficiente de incidência chega a ser superior a 51 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2020). No que diz respeito ao índice de mortalidade por TB no Brasil esse número chegou a 2,2 óbitos/100 mil habitantes em 2018, não apresentando diferença em relação ao período de 2010 a 2017, contudo nove estados apresentaram esse coeficiente próximo ou superior ao número nacional, dentre eles os cinco mencionados anteriormente (BRASIL, 2020).

As PPL representam 0,3% da população brasileira e contribuíram em 2015 com 7,3% dos casos novos de TB no país. Ainda é elevado o número de pessoas com TB no mundo. Uma doença que tem cura, porém que ainda representa um grande desafio, principalmente quando em associação com o HIV e a multirresistência aos fármacos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem a meta de eliminar a TB como epidemia global até 2035 e para isso sugere empenho de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores (BRASIL, 2017).

Diante dessa conjuntura a Organização Mundial da Saúde (OMS), classificou a tuberculose como doença re-emergente, isso devido aos fatores preponderantes que

influenciam o aumento do número de casos, como a dificuldade no acesso à saúde, o crescimento populacional desordenado em algumas regiões, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento, dificuldade no acesso à informação, analfabetismo, baixo poder socioeconômico, dentre outros motivos.

Para identificar os países cujo estado de infecção e transmissibilidade da doença eram altos criou-se três categorias: a carga de TB, coinfecção TB/HIV e TB multirresistente. Ao realizar a estratificação observou-se que 30 países correspondem a 87% dos casos de TB em todo o mundo, a maioria localiza-se no continente Africano, Oriente Médio, Ásia e América do Sul, sendo que o Brasil ocupa o 20º lugar devido a prevalência de casos e o 19º no número de coinfetados por TB/HIV (SILVA et al., 2018; BRASIL, 2017).

No período que compreende 2007 a 2016 houve mudanças no cenário epidemiológico da TB, nesse intervalo teve queda na incidência de 38,7 casos/100 mil habitantes em 2006, para 33,7 em 2015 e na mortalidade de 2,2 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2015, contra 2,6 em 2004. Ainda permanecem como desafios reduzir para menos de 10 casos por 100 mil habitantes a incidência e a mortalidade em 95% até 2035 (BRASIL, 2016).

A estratégia “End TB” foi lançada para eliminar a TB no período de 2016-2035, propondo um mundo livre deste agravo, foram definidos novos valores para os indicadores a serem alcançados até 2035: reduzir o número de mortes em 95% e incidência em 90%, comparadas aos valores de 2015. Para alcance deste objetivo foi lançado o Plano Global do Stop TB Partnership, que propõe acelerar o Plano End TB, através de estratégias que trabalhem diretamente com as populações mais vulneráveis no período de 2016-2020 (WHO, 2015).

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2018, a taxa de incidência da TB nas regiões do Brasil foram: Norte de 44,0 por 100.000 hab.; Nordeste de 33,1 por 100.000 hab.; Sudeste de 38,7 por 100.000 hab.; Sul de 28,4 por 100.000 hab. e Centro Oeste de 20,8 por 100.000 hab. A região Norte registrou 7.996 casos novos, sendo que o Estado do Pará foi responsável pelo maior número de registros de casos novos (3.438) desta região, com uma taxa de incidência de 40,7 por 100.000 hab. (BRASIL, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, as PPL, representavam 0,3% da população do Brasil e contribuíram em 2018, com 7.559 (10,4%) dos casos novos de TB no país, porcentagem estatisticamente significativa considerando a população carcerária existente, essa população ainda tem o risco 28 vezes maior de adoecer do que a população em geral (Brasil, 2019). As pessoas que adoecem por TB nas prisões são, geralmente, de comunidades que possuem altas taxas

de prevalência da doença, onde também ocorrem com maior frequência, infecções pelo HIV e uso de drogas (Larouzé et al., 2015).

O Brasil tem, claramente, uma epidemia de TB concentrada entre as PPL e isso demonstra como é importante criar medidas mais incisivas contra a disseminação dessa doença. Sabendo da necessidade de diminuir o número de casos de TB dentro das instituições carcerárias, o Programa de Controle da Tuberculose passou a ser também implementado dentro do Sistema Penitenciário Brasileiro através da implantação das Unidades de Saúde Prisionais, cuja função é garantir a assistência à saúde das PPL, bem como implementar dentro das instituições os mesmos programas de saúde adotados pelas unidades externas.

Entretanto, os Programas assim como as Unidades de Saúde Prisionais ficaram sob a jurisdição da Secretaria de Administração Penitenciária, órgão vinculado ao estado do Pará que é incumbido de administrar todas as penitenciárias paraenses. Devido às ações não estarem ligadas diretamente ao Ministério da Saúde, o combate e o controle da tuberculose dentro dos presídios são limitados, devido a falta de estrutura física adequada, e a assistência à saúde é deficitária por não terem muitos profissionais dispostos a trabalharem no sistema, além da insalubridade e falta de insumos como medicações e teste rápido.

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a assistência à saúde prestada à pessoa privada de liberdade com tuberculose dentro do Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura em Santarém Pará.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os saberes e práticas dos profissionais de enfermagem do CRASHM relativos à TB.
- Identificar a implantação do Programa de Controle da Tuberculose no CRASHM, por meio das percepções relatadas pelos profissionais de enfermagem.
- Identificar os desafios encontrados pelos profissionais de enfermagem ao desenvolver as ações de controle da TB no CRASHM.
- Desenvolver um Guia de Prevenção e Controle da tuberculose e apresentá-lo a Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará, para ser usado pelos profissionais de saúde dos presídios da região.

4.1 INICIATIVAS DE COMBATE À TUBERCULOSE: ABORDAGEM NO CONTEXTO MUNDIAL.

Em 1993, a TB foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como emergência mundial que precisava ser combatida. Em 1996, a OMS lançou o Plano Emergencial para o Controle da TB, no qual já recomendava a adoção do tratamento supervisionado, mas este só foi inserido no Plano Nacional de Controle à Tuberculose (PNCT) e implantado no Brasil em 1999, tendo como objetivo reduzir a morbidade, mortalidade e transmissão da TB, cujas metas eram: tratar 100% dos casos diagnosticados, curar 85% destes, reduzir os abandonos e o aparecimento de bacilos resistentes (BRASIL, 2003).

Quanto ao Tratamento Diretamente Observado (TDO), esta medida consiste em realizar de forma incisiva o acompanhamento do tratamento pelo enfermeiro através da observação da ingestão diária do medicamento, principalmente na fase inicial do tratamento durante as doses de ataque, já na fase de manutenção a observação é feita três vezes na semana (WHO, 2009; Brasil, 2011).

Para que estas ações funcionasse efetivamente em 2008 foi criado por meio da Portaria Ministerial nº325, de 21 de fevereiro deste ano o Pacto pela Saúde, cujo o objetivo era a articulação e o comprometimento dos gestores tripartites, bipartites, profissionais de saúde e participação social para o enfrentamento de diversas doenças, dentre elas a TB.

A estratégia “End TB” foi lançada em 2015, tendo como meta eliminar a TB no período de 2016-2035, propondo um mundo livre deste agravo, foram definidos novos valores para os indicadores a serem alcançados até 2035: reduzir o número de mortes em 95% e incidência em 90%, comparadas aos valores de 2015. Para alcance deste objetivo foi lançado o Plano Global do Stop TB Partnership, que propõe acelerar o Plano End TB, através de estratégias que trabalhem diretamente com as populações mais vulneráveis no período de 2016-2020 (WHO, 2015).

Para tanto a OMS redefiniu a lista de países com prioridade no controle da TB com base nas seguintes características epidemiológicas: carga de TB, TB multirresistente e coinfeção TB/HIV, colocando em sua lista 48 países prioritários no controle deste agravo (BRASIL, 2017).

4.2 CRIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DENTRO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

O acesso da população às ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984, pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que dispõe sobre ações e serviços de saúde para comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Tendo como base esse cenário, criou-se a Portaria Interministerial Nº 1, de 02 de janeiro de 2014 que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

O PNAISP é regido pelo princípio da integralidade, equidade, prevenção e promoção à saúde, bem como o comprometimento intersetorial da rede de articulação a saúde para que as PPL tenham direito ao acesso nos serviços assistências de saúde em todo território nacional. Em relação às suas diretrizes destacam-se a promoção, à inclusão, cidadania, atenção integral resolutiva, controle e/ou redução dos agravos, intersetorialidade para a gestão e respeito à diversidade (étnica, racial, sexual, econômica e religiosa), ou seja atender às necessidades assistências das PPL ponderando sobre a importância da inclusão e articulação com outros serviços ofertados pela rede intersetorial, preservando a dignidade, direitos humanos, a liberdade de expressão, além de promover a formação profissional por meio da educação e capacitação profissional dentro da instituição prisional visando a reintegração deste indivíduo à sociedade (BRASIL, 2014).

As ações e os serviços de atenção básica em saúde são organizados nas unidades prisionais e realizadas por equipes multidisciplinares de saúde. O acesso aos demais níveis de assistência à saúde é organizado de acordo com cada estado, em conformidade com os planos e metas criados e aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES). O modelo de atenção pautado como prioridade pelo PNAISP busca a efetiva integralidade do atendimento, sendo notório pela incorporação do modelo epidemiológico. Esse modelo de atenção incorpora a articulação necessária com outros

setores, afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2004).

4.3 CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO.

Segundo o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), as prisões são unidades a que “se destinam presos condenados à pena de reclusão em regime fechado” (Brasil, 2011, p. 9). Em 2016, o Brasil ocupava o terceiro lugar entre os países com maior número de PPL (726.712) no mundo, sendo equivalente a um pouco mais de um terço do que havia nos Estados Unidos da América, que era o líder do grupo com 2.145.100, seguido da China com 1.649.804.

A superlotação nos presídios brasileiros é inegável, pois o número de vagas é insuficiente para atender a demanda que cresce diariamente. Com 368.049 vagas, e taxa de ocupação de 197,4%. Existem 1.460 unidades prisionais, quatro são penitenciárias federais que abrigam presos de alta periculosidade localizadas em: Catanduva (SC), Campo Grande (MS), Porto Velho (RO) e Mossoró (RN) e as demais são estaduais (INFOPEN, 2017).

Em um estudo realizado entre março de 2000 e maio de 2001, com o objetivo de verificar a taxa de infecção de TB, associada ao tempo na prisão, entre detentos dos distritos policiais da Zona Oeste da cidade de São Paulo. Das 146 PPL que voltaram a cometer delitos e foram presos há menos de 60 dias, 72,6% foram reatores à prova tuberculínica e, dos 25 que estavam há mais de 366 dias na prisão, todos estavam infectados. Os autores concluíram que a taxa de infecção pelo bacilo de Koch (BK) era condicionada ao tempo de permanência dos detentos na prisão, quanto maior o período de confinamento, maior a taxa, e que os detentos reincidentes se constituíam em risco para os detentos primários, no que se referia à infecção pela TB (NOGUEIRA & ABRAHÃO, 2009).

Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil os principais fatores relacionados ao encarceramento que contribuem para a alta endemicidade da TB nas prisões são: “celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação solar; exposição frequente ao BK em ambiente confinado; falta de informação sobre o agravo e dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão” (BRASIL, 2011, p. 142). A comparação entre as taxas de incidência da TB na população geral e na carcerária, mostra que as PPL têm 28 vezes mais chances de desenvolver esse agravo na prisão (BRASIL, 2019).

O encarceramento de pessoas que já tem alguma enfermidade, pode acarretar seu agravamento, devido às precárias condições da instituição, sejam relacionadas à área física, ventilação e insolação ambiental ou porque, frequentemente, não são atendidas de forma satisfatória suas necessidades básicas, como alimentação, sono e higiene, ampliando a vulnerabilidade dos detentos ao adoecimento (BRASIL, 2011).

A área física da prisão, em geral, tem infraestrutura precária e carência de assistência à saúde, que associadas à superlotação das celas, compõem um conjunto de condições que predis põem os prisioneiros a infecções e ao adoecimento. Além disso, práticas nos regimes prisionais, como visitas íntimas, saídas nos fins de semana e transferência de internos sem controle, facilitam a transmissão de microrganismos e, conseqüentemente, o contágio e o adoecimento por diversas doenças transmissíveis, entre as quais se destaca a TB.

Dessa maneira, o detento torna-se fonte de infecção para seus companheiros, funcionários do presídio e familiares, contribuindo com a elevação dos casos das doenças na população em geral (AMARANTE, 2005). Em 2008, Nogueira et al. (2011), realizaram estudo com o objetivo de avaliar o risco da ocorrência da TB ocupacional em profissionais que trabalhavam em duas penitenciárias de Guarulhos (SP) e verificaram que em 194 profissionais em contato direto com os detentos, 62,4% o resultado tuberculínico foi maior que 10 mm e em 54 que não tinham contato com os detentos, somente 38,9% tiveram o mesmo resultado. Concluíram que os profissionais que tinham contato direto com os aprisionados tiveram maior risco de infecção pelo BK e, portanto, de adoecer por TB.

Os Agentes Penitenciários (AP) realizam todas as atividades que estão diretamente relacionadas aos detentos, sendo responsáveis pelo procedimento denominado revista dos presos, das celas, das visitas, além de promover vigilância da unidade prisional e proceder a locomoção no interior do presídio. O processo de trabalho dos AP é configurado pelo contato contínuo com os aprisionados, estando expostos não somente a situações de estresse, intimidações, agressões e ameaças, mas também aos agentes infecciosos presentes nesse ambiente e nas pessoas com quem convivem diariamente no ambiente de trabalho (FERNANDES et al., 2002).

A TB constitui risco à saúde dos detentos, seus comunicantes, familiares, trabalhadores penitenciários e comunidade, seja por ocasião das saídas temporárias, ou quando são reinseridos na sociedade após cumprimento da pena de detenção (DIUANA et al., 2008).

Fica evidente que a vulnerabilidade à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* e o adoecimento por TB estão presentes no ambiente prisional, tanto para os detentos, como para

a equipe de funcionários. Não se pode ignorar que essa vulnerabilidade se estende aos familiares, que mantêm contato com os internos. O do estudo realizado por Laurozé (2015) reitera tal afirmação, pois em seus resultados, constatou que guardas, profissionais de saúde, visitantes e outros indivíduos que frequentam as penitenciárias, possuem maior risco de infecção por TB, quando comparados com a população geral. O autor afirmou, ainda, que a doença pode ser disseminada na comunidade onde o detento se inserir após cumprir sua pena de reclusão.

4.4 AÇÕES DE CONTROLE E PREVENÇÃO À TUBERCULOSE NOS PRESÍDIOS BRASILEIROS.

No Brasil, por muitos anos, a atenção à saúde das PPL, teve como foco, o desenvolvimento de ações voltadas para as IST/aids, imunizações, prevenção do uso de álcool e outras drogas, apesar de dados que comprovavam a ocorrência significativa de doenças, como TB, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, entre outros agravos prevalentes na população brasileira (BRASIL, 2005, p. 09).

No Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose há um capítulo específico para populações especiais como as PPL, em que foram definidas e padronizadas condutas, práticas e recomendações sobre diagnóstico, tratamento, vigilância epidemiológica e medidas de biossegurança em instituições prisionais, que abrangem os cuidados a serem realizados no ingresso do detento e outras intervenções que necessitam ser inseridas na rotina do sistema penitenciário visando o controle desse agravo (BRASIL, 2011).

Os Ministérios da Saúde e da Justiça elaboraram a Portaria 1.777, de 09 de setembro de 2003, que define a implementação de ações dos serviços de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), para viabilizar de forma integral a atenção à saúde da população do sistema penitenciário, que está distribuída em todas as unidades federadas. Esta Portaria instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que objetiva incluir os presos no SUS, garantindo o direito à saúde dentro das prisões (BRASIL, 2005).

Com o intuito de reduzir o número de casos de tuberculose entre as PPL ficou estabelecido as seguintes ações: promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes do ingresso na prisão; controle da TB, hipertensão, diabetes, hanseníase; atenção à saúde bucal, mental e saúde da mulher; diagnóstico, tratamento em IST/HIV/aids; programa de imunização

e aquisição de medicamentos (BRASIL, 2005). O controle da TB no sistema penitenciário inclui as seguintes ações: busca ativa de sintomáticos respiratórios, realização de baciloscopia, notificação dos casos, tratamento dos doentes de forma supervisionada, sorologia anti-HIV, registro no livro de controle, acompanhamento mensal de todos os casos, ações educativas, exame e quimioprofilaxia dos comunicantes.

Segundo a Diretriz Básica para a Detecção de Casos de TB no Sistema Penitenciário das Unidades da Federação, os detentos devem ser avaliados no momento de seu ingresso neste Sistema e realizar exames para detectar a TB, ações estas que são realizadas de rotina na maioria das prisões de países industrializados. Apesar de ser uma recomendação da OMS, presente nas legislações internacional e nacional (UNITED STATES, 1988) e no Brasil, pela Resolução nº 11, de 07 de dezembro de 2006, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça, tais práticas de prevenção ainda não foram implantadas na maior parte dos presídios do Brasil (Brasil, 2011).

Em 2012, foi lançado o Manual de Intervenções Ambientais para o Controle da TB nas Prisões, com vistas a propor melhorias das condições de iluminação e ventilação, que devem ser implantadas nas construções de novas penitenciárias, considerando que a falta de ventilação e iluminação adequadas, associadas à superlotação das prisões, aumenta a incidência de doenças respiratórias, inclusive de TB, que pode ser evitada com a adoção destas medidas, pois o *M. tuberculosis* é sensível à luz solar (Brasil, 2012).

Considera-se que o controle da TB no sistema penitenciário permanece como desafio para os órgãos de saúde e as secretarias de segurança de cada estado, uma vez que a equipe de assistência à saúde não pode realizar ações de educação e promoção à saúde com total autonomia, sendo geralmente limitada a hierarquia da instituição prisional. Por mais que existam legislações vigentes que visam diminuir a desigualdade e incluir a PPL tanto em programas assistências e sociais como a Portaria Interministerial Nº 1, de 02 de janeiro de 2014, ainda são grandes os desafios para melhorar as condições do acesso a saúde dentro das instituições.

4.5 COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL (ABP)

Conforme a Constituição Federal de 1988, que diz “saúde é direito de todos e dever do Estado”, assim como na lei 8.080 e 8.142 que juntas formam a lei orgânica da saúde, para cada indivíduo dentro do território nacional que necessitar de assistência à saúde ou se

encontra debilitado, o SUS é obrigado a garantir que ele seja assistido desde a atenção primária à saúde, ao atendimento de alta complexidade. Corroborando a isto a Portaria Interministerial nº 1.777 de 09 de 2003 dispõe sobre a implantação da rede de assistência à saúde dentro do sistema prisional brasileiro (SILVA et al., 2020).

Portanto ao indivíduo recluso em instituições de correção é garantida pelo Estado o acesso à saúde e consequentemente a todos os programas vinculados ao SUS. Por meio desta Portaria foi possível implementar ações de prevenção e promoção à saúde, tal medida é crucial para rastrear, diagnosticar e tratar doenças infecciosas como a aids, a hanseníase e a TB (SILVA et al., 2020). Visando a implementação de unidades de saúde dentro das penitenciárias, coube a Superintendência do Sistema Penitenciário, a Secretaria de Administração Penitenciária, junto aos órgãos da saúde articular a rede de atenção básica dentro dessas unidades prisionais (BRASIL, 2016);

A Unidade Básica de Saúde Prisional (UBP) foi criada baseada nos modelos de unidades de Saúde da Família, sendo, portanto, encarregada de desenvolver atividades e estratégias dentro do presídio que impliquem na promoção e prevenção primária (MELO, 2016). Sabendo que a TB é endêmica dentro das instituições prisionais, chegando a representar quase 10% dos casos de TB notificados no Brasil, em virtude disso o programa de combate e controle desta doença está entre os primeiros a serem implementados dentro das UBSPs (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2016).

Sabendo que o Estado é o tutor dos indivíduos em situação reclusa, o Ministério da Saúde com o intuito de garantir que os direitos à uma assistência digna não fossem ignorados criou a Atenção Básica Prisional (ABP), que funciona como a porta de entrada das PPL à rede de atenção à saúde do SUS. É através dessa rede assistencial que atendimentos odontológicos, assistência às doenças de caráter crônico como diabetes, hipertensão, insuficiência renal e cirurgias podem ser feitas (BRASIL, 2014).

A equipe da ABP é multiprofissional, geralmente formada por médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, técnicos ou auxiliares de enfermagem. Dentre as atribuições da equipe de saúde está o planejamento e a articulação da assistência dentro da unidade prisional visando a implementação dos programas assistências como: saúde da mulher, pré-natal, saúde do homem, tabagismo, terapias complementares, hanseníase e TB (BRASIL, 2014).

A equipe de saúde prisional deve desempenhar um papel similar ao das unidades de saúde da família, cabendo a ela a notificação de doenças compulsórias, assim como a obrigatoriedade de cumprir 30 horas semanais dentro do presídio, prestando assistência e

educação em saúde para os internos (BRASIL, 2005). O gerenciamento da unidade prisional fica sendo uma das funções do enfermeiro, cabendo a ele organizar as escalas dos técnicos de enfermagem, bem como a organização dos fomentos para a manutenção da unidade e equipamentos de proteção individual (BRASIL, 2014).

Com relação à formação da equipe que irá atuar dentro da unidade carcerária é crucial a política de educação continuada, assim como a capacitação dos profissionais para atuarem com as PPL de forma mais humanizada, uma vez que a população alvo da assistência é completamente distinta e por vezes tratada de forma estigmatizada. A educação continuada é fundamental e um dos pilares do SUS, sua finalidade é garantir que os profissionais da área da saúde estejam cada dia mais qualificados para executar suas tarefas enquanto agentes promotores da saúde (FIGUEIREDO et al., 2014).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Essa metodologia permitiu uma aproximação mais consistente do pesquisador com os profissionais de enfermagem que trabalhavam na unidade prisional, por meio do diálogo sobre o objeto escolhido previamente. A pesquisa exploratória possibilita uma maior compreensão do objeto de estudo, pondera a heterogeneidade das respostas e possibilita o refinamento dos resultados do estudo (PIOVESAN & TEMPORINI, 1995).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O Pará é o segundo maior estado em extensão territorial do Brasil. Situa-se no centro da região Norte, tendo como limites, o Suriname e o Amapá ao Norte, o oceano Atlântico à Nordeste, o Maranhão à Leste, Tocantins à Sudeste, Mato Grosso ao Sul, o Amazonas a Oeste e Roraima e a Guiana à Noroeste. Possui 144 municípios, distribuídos em uma área total de 1.247.955.381 km² e uma estimativa populacional segundo o IBGE (2018) de 8.513.497 habitantes. Possui 48 Unidades prisionais (SUSIPE, 2019).

O Município de Santarém está situado na região Oeste do Pará, também conhecida como região do Baixo Amazonas, situada na margem direita do Rio Amazonas e Tapajós, igualmente o município é a maior cidade do Oeste do Pará, tanto em termos de população, desenvolvimento e economia, além disso detém o maior pólo universitário fora da capital paraense, têm o único hospital com tratamento oncológico no interior do Pará, apresenta uma unidade prisional que recebe pessoas sob custódia dos 19 municípios que compreendem as regiões integrativas do Baixo Amazonas e Tapajós.

O serviço público de Atenção Básica à Saúde em Santarém é constituído por 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 16 Unidades Saúde da Família (USF), 03 Unidades de Saúde da Família Fluvial, 02 Unidades de Saúde da Família Ribeirinha, 01 Unidade Básica de Saúde Prisional, 01 Unidade de Pronto Atendimento, 02 Centros de Atenção Psicossocial, Já os serviços de média e alta complexidade contam com 02 Centros de Referência de Saúde da Mulher, 01 Centro de Referência de Saúde da Criança, 01 Centro de Referência de Saúde do

Idoso, 01 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento, 01 Hospital com Pronto Socorro Municipal, 01 Hospital Regional habilitado para atendimento complexo (hemodiálise e tratamento oncológico) e 01 Hemocentro (CNES, 2021).

Ressalta-se que o município de Santarém está listado entre os municípios prioritários para o combate e controle da TB, implantado em todas as UBS e ESF, sob a supervisão da Coordenadoria Municipal e gestão da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação Estadual, sob gestão da 9ª Regional de Saúde. O Município conta com suporte técnico para diagnóstico laboratorial e de imagem, assim como serviço de referência que atende os casos de média e alta complexidade, em consonância com os princípios do SUS.

O Centro de Recuperação Agrícola Sílvia Hall de Moura “CRASHM”, cenário desta pesquisa está alocado na 7ª região “Baixo Amazonas” e trata-se do único Centro de Recuperação para aqueles que já foram sentenciados no município de Santarém como nas cidades circunvizinhas. Além do CRASHM, com capacidade para 634 PPL (e lotação de 882), existe a Central de Triagem Masculina de Santarém – CTMS, com capacidade para 316 PPL (e lotação de 488), para aqueles que cometeram delitos e aguardam julgamento e sentença, e no primeiro semestre de 2018 foi inaugurado o Centro de Reeducação Feminino de Santarém - CRFSTM, com capacidade para 86 PPL (lotação de 119), ressaltando que esse número pode variar diariamente devido entrada e saída de presos (SUSIPE, 2019).

O CRASHM foi inaugurado em 1996 e está localizado no município de Santarém, na comunidade de Cucurunã - zona rural (INFOPEN, 2015). A unidade prisional conta com 69 profissionais em sua equipe, sendo: 1 diretor, 1 coordenador de segurança, 1 coordenador administrativo, 3 enfermeiros, 7 técnicos de enfermagem, 1 odontólogo, 1 médico clínico geral e 1 médico psiquiatra, 2 assistentes sociais, 1 psicólogo, 1 agrônomo, 47 agentes penitenciários e 2 agentes de portaria, segundo informações da coordenação de saúde local.

5.3 SUJEITOS DE PESQUISA

O estudo foi realizado com os 8 profissionais da equipe de enfermagem do CRASHM, que prestavam assistência às PPL há mais de três meses e estavam atuantes no período da coleta dos dados, que ocorreu em abril de 2017, cada um dos entrevistados foi identificado com um código alfa numérico (ex.: E1).

5.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente a proposta de pesquisa foi apresentada à Superintendência do Sistema Penitenciário do estado do Pará e ao CRASHM. Após a autorização para sua realização, foi feita uma visita ao CRASHM, com o propósito de apresentá-la ao seu corpo administrativo e equipe de enfermagem.

No primeiro contato com os participantes da pesquisa, realizado de forma individual (no período vespertino, pois desta forma foi possível conversar com os profissionais nas trocas de plantões no início da tarde e da noite), foi apresentada a proposta do estudo, com objetivos, riscos e benefícios. Após expressão verbal de aceite em participar da pesquisa, foi agendado dia e horário que melhor lhes convinha para o início da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas em sala reservada nas dependências do CRASHM com os profissionais que prestavam serviço durante o dia, em relação aos profissionais do período noturno foram realizadas entrevistas na biblioteca de uma instituição de ensino superior, após leitura e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apêndice A.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, utilizando-se questionário (Apêndice A), elaborado com base nas recomendações contidas nos: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011), Manual de Intervenções Ambientais para o Controle da Tuberculose nas Prisões (2012) e Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2005).

A abordagem prática ocorreu de maneira individual com cada um dos participantes, todas as entrevistas foram arquivadas por meio da gravação em áudio. Posteriormente as gravações foram transcritas de forma manual pela pesquisadora.

Para a análise dos discursos e categorização dos mesmos utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, que prioriza a pré-análise, a exploração do material e categorização dos resultados e interpretação de acordo com a estratificação entre respostas semelhantes e divergentes (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

5.5 Aspectos éticos

Este estudo atendeu as normas éticas para pesquisas que envolvem seres humanos, presente na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo executado somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Aprovação número 1.915.910 de 09 de fevereiro de 2017.

6.1. PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTE NA UNIDADE DE SAÚDE PRISIONAL CRASHM.

Foram entrevistados oito profissionais da área de enfermagem, com média de idade de 38,4 anos. Dos participantes da pesquisa 50% (04) eram do sexo masculino e 50% (04) do sexo feminino, um achado que difere do estudo de Souza (2008), o qual observou que 86,66% dos profissionais da equipe de enfermagem que trabalhavam em um presídio no Rio de Janeiro eram homens, do mesmo modo, Costa et al., (2014) que identificou em seu estudo que 77,8% da equipe multiprofissional de uma unidade prisional eram do sexo feminino.

Quanto à formação 25% (2) dos participantes disseram possuir graduação em enfermagem e 75% (6) disseram ter o nível técnico, neste quesito Souza (2008), mostrou que apenas 10% dos achados em seu estudo eram enfermeiros, as demais categorias encontradas eram técnicos e auxiliares de enfermagem o que equivaliam respectivamente a 53,33% e 36,7% do total da amostra.

Em relação ao tempo de formação profissional observou-se que 75% (6) dos participantes possuíam tempo de formação que varia de 1 a 10 anos de formados, indagados a respeito do tempo que trabalhavam no presídio as respostas variavam entre 15 meses equivalente a 1 ano e 3 meses a 201 meses (16 anos e 9 meses).

Verificou-se também que 55,6% dos participantes que trabalhavam há mais de 15 meses na penitenciária exerciam a função de técnico de enfermagem. Ponderando a respeito da qualificação profissional dos enfermeiros 100% (2) disseram ter especialização, um em Saúde da Família e o outro em Saúde do Trabalhador (Apêndice C/Tabela 1).

6.2 SABERES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CRASHM SOBRE TUBERCULOSE

Em relação ao conceito de tuberculose, verificou-se que 50% (4) dos entrevistados conseguiram definir de forma correta a doença como é perceptível nas seguintes colocações:

E.8: “Tuberculose é uma doença respiratória, transmissível e que afeta principalmente os pulmões.”

E.2: “É uma doença infectocontagiosa.”

Entretanto 25% (02) dos participantes deram uma definição baseada em fatos empíricos associados ao cotidiano e conhecimento popular no qual a tuberculose é vista como uma doença do passado re-emergente ou uma gripe ou doença pulmonar mal curada, como observado nas seguintes falas:

E.6: *“Ela é uma doença que é... como que eu posso dizer... que, antigamente a gente não ouvia muito falar agora está voltando né!!”*

E.7: *“Tuberculose é uma doença respiratória né! Vários quadros respiratórios mal curado e vira uma tuberculose.”*

Notou-se também que outros 25% (02) dos participantes não sabiam o conceito da doença, e o descreveram erroneamente em suas falas:

E.4: *“Tuberculose vamos lá deixa eu puxar na minha lembrança aqui. É uma bactéria, não é um vírus transmitido pelo ar que infecta os pulmões.”*

E.5: *“Tuberculose, pra mim é um vírus que afeta o pulmão.”*

Mediante ao exposto observa-se que a equipe de enfermagem tem dificuldade quanto ao conhecimento sobre a doença, apesar da maioria dos profissionais terem conceituado a doença de forma correta, as respostas foram insatisfatórias e isso pode influenciar na conduta clínica ao lidar com casos suspeitos de TB. O estudo de Carvalho (2019), realizado com graduandos do curso de enfermagem, mostrou que a maioria dos estudantes sabiam que a tuberculose é uma doença infecciosa causada por uma bactéria, entretanto 26,7% dos futuros enfermeiros disseram que a doença é causada por um vírus, isto demonstra lacunas no conhecimento, o que pode influenciar em um possível diagnóstico equivocado quando atuarem como profissionais na atenção primária.

Estudo comparativo entre três grupos de indivíduos: detentos, profissionais de saúde da rede pública, e profissionais de saúde da rede prisional demonstrou que os trabalhadores de saúde da rede prisional detinham maior conhecimento sobre a TB chegando a 63,5%, essa afirmativa é relativa a uma gama de conhecimentos e não se refere especificamente ao conceito do que é TB (FERREIRA JÚNIOR; OLIVEIRA; MARIN-LÉON, 2013).

A falta de conhecimento sobre a tuberculose pela equipe de enfermagem é inaceitável, uma vez que a doença interfere diretamente na vida do indivíduo, na família e ou meio social em que o mesmo está inserido, uma vez que não havendo a agilidade no processo de reconhecimento dos sinais clínicos apresentados pelo paciente, ele pode infectar outras pessoas no caso os comunicantes diretos. Além disso, o despreparo inviabiliza o combate e controle desta doença (ALMEIDA et al., 2018).

A aparente dificuldade de discernir o agente causador neste estudo pode ser um reflexo da formação do profissional de saúde, visto que o tema sobre TB ainda é pouco debatido durante a formação acadêmica, limitado ao conceito básico da doença e sinais e sintomas que o paciente apresenta. Isso demonstra fragilidade e lacunas durante a formação desses profissionais que ficam limitados a uma visão mecanicista e curativa sobre a TB. Há deficiência sobre a rede de assistência e rastreamento desta morbidade durante a formação dificultando a promoção e prevenção à doença em locais que apresentam indivíduos com vulnerabilidade para desenvolver a TB (BARRÊTO et al., 2013).

Quando indagado a respeito da forma de transmissão da tuberculose todos os entrevistados disseram que a doença é transmitida pelo ar, alguns deram uma resposta mais elaborada, entretanto é notório que o conhecimento sobre o modo de transmissão da doença é limitado, sendo observado nas seguintes respostas:

E1: "...Pelo ar através das gotículas, né!! O paciente, o doente espirrando, tossindo ou falando, principalmente em local fechado né...!!

E3: "...Transmitida pelas vias aéreas... por aerossol, contato direto..."

E4: "Por gotículas lançadas no ambiente"

E6: "Se transmite através da saliva né. Não é por objetos... é só pela tosse."

As respostas mais concisas são:

E2: "Ela se transmite através do ar digamos assim, né!! "

E7: "No ar."

Tais respostas demonstram que os profissionais têm conhecimento essencial sobre a forma que é transmitida a TB, essas respostas podem ser aplicadas a outras doenças respiratórias de transmissão viral. Em um estudo realizado com a equipe de enfermagem que atuava em uma unidade básica de saúde, observou-se que alguns profissionais responderam de maneira incorreta sobre a forma de transmissão da TB, o que influencia na implantação do programa de combate e controle da tuberculose, considerando a fragilidade em conhecer a forma de transmissão expondo comunicantes ao risco de desenvolver a doença (SILVA SOBRINHO et al., 2014).

Relacionado às medidas preventivas contra a tuberculose observou-se que os profissionais confundem orientações de prevenção, é possível que os mesmos não se recordassem das medidas profiláticas ou realmente não sabiam a resposta, o que pode ser observado pelas seguintes falas:

E1: "Primeiro quem tá apresentando os sintomas da tuberculose tem que procurar logo o profissional da saúde, né! que aí o profissional da saúde vai avaliar né?!"

E2: "Creio que haja várias formas, né! de se prevenir, tipo assim a alimentação, o local aonde a pessoa convive, os cuidados"

E4: "Acredito que através de orientação, palestra sobre tuberculose, né!!"

E8: "Procurar o mais rápido possível uma unidade de saúde pra tentar fazer o diagnóstico mais cedo possível."

Em outros relatos os profissionais mencionaram a vacina, uso de EPIs e evitar o contato direto com a pessoa infectada, as respostas são diretas e estão corretas, embora a maioria tenha citado uma forma de se prevenir o que pode ser observado nas falas a seguir:

E3: "Primeiramente tem que evitar o contato com a pessoa que já tem [refere a doença]"

E5: "Se previne usando máscara e touca."

E7: "...a prevenção muitas vezes é a vacinação também né, aquela que é aplicada quando nasce."

Diante das respostas acima, observou-se que a equipe de enfermagem da instituição prisional tem conhecimento básico e essencial sobre as medidas de prevenção contra a TB, mas é fundamental que a equipe busque atualizações sobre a doença, por meio da educação continuada e do acesso à plataformas digitais como a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde UNA-SUS (CAMPOS et al., 2017).

Ainda em relação às formas de prevenção da TB, num estudo realizado com funcionários de uma instituição prisional, parte dos profissionais assinalaram que evitar compartilhamento de talheres entre os comunicantes seria uma forma de prevenção, isto demonstra o estigma que ainda existe sobre a doença, o que pode ser sanado com a disseminação de informações corretas sobre a TB (FERREIRA JUNIOR et al., 2013).

Em um outro estudo realizado com a equipe de enfermagem de uma unidade de saúde 63,3% dos profissionais acertaram parcialmente as medidas preventivas, assim como 36,7% deram respostas erradas quanto às formas de prevenção (SILVA SOBRINHO et al., 2014).

A fragilidade no reconhecimento da doença, nas formas de transmissão e prevenção comprometem o êxito das ações práticas associadas as atividades de educação e saúde, às orientações profiláticas a serem esclarecidas e desmistificadas aos comunicantes e ao próprio paciente, uma vez que o despreparo ao compreender as formas de contágio e concomitantemente as medidas preventivas podem influenciar em uma contaminação acidental (CARVALHO et al., 2019).

Portanto é válido enfatizar a importância das medidas profiláticas, das quais podemos elencar a busca ativa (BA) para sintomáticos respiratórios uma das principais ações contra a TB na atenção primária. A utilização da BA dentro das instituições prisionais como uma das medidas rotineiras seria fundamental para a redução do número de casos da doença (ALLGAYER et al., 2019).

Entretanto para que a BA tenha sucesso faz-se necessário sanar o déficit relacionado ao conhecimento dos profissionais, investir em atualizações. Ademais as orientações e palestras de educação em saúde são os principais pilares para a compreensão do ciclo da doença, e a partir disso sensibilizar os profissionais, pacientes para colaborar nesta luta (ALMEIDA et al., 2018).

Em relação ao que é considerado um caso suspeito de TB observou-se que a tosse foi o sintoma mais citado pelos entrevistados como o que define “caso suspeito de TB”, variando o tempo de sua duração, de quinze dias a um mês, destes, dois ainda referiram outros sinais e sintomas, como febre, emagrecimento e sudorese, por outro lado um dos profissionais relacionou a suspeita da doença com um quadro persistente de gripe.

Quanto à resposta dos profissionais observou-se que a maioria não sabe quais sinais e sintomas precisam identificar em um paciente com suspeita de tuberculose, embora tenham mencionado alguns sinais como o emagrecimento. É possível observar tal achado nas seguintes falas:

E2: "Eu creio que é tipo uma gripe como costumamos chamar, gripe com mais de duas, três semanas que a pessoa já tentou curar e não houve sucesso, né!"

E3: "Eu acho que um caso suspeito é um caso a se pensar. É um caso que deve ser analisado."

E6: "Hum... Creio que é uma pessoa que está emagrecendo muito, com uma tosse já há mais de um mês, uma tosse produtiva né! Creio que é isso."

E7: "Quando o paciente tem tosse mais de seis semanas com febre frequente, ou então, se ele já tem a convivência com outro paciente que já apresentou a doença né! E começou a apresentar os mesmos sintomas."

E8: "É aquele caso que aparentemente tem os sintomas né! Os sintomáticos, que os principais é a tosse produtiva ou seca, a febre no final da tarde, o emagrecimento."

Nesses relatos é possível verificar o conhecimento nas respostas, algumas falas demonstram despreparo em reconhecer um caso suspeito, o que prejudica o raciocínio clínico. Considerando a evolução e a gravidade da doença, a agilidade na resolução do diagnóstico é crucial para a sobrevivência do paciente, tendo em vista que a PPL está inserida em um ambiente

insalubre que a deixa em situação de vulnerabilidade favorecendo o desenvolvimento da doença.

Corroborando os achados desse estudo Almeida et al., (2018) verificaram que os profissionais quando indagados sobre os sinais e sintomas da TB 68,18% responderam de maneira equivocada, isto implica na dificuldade de detecção dos casos sintomáticos e assintomáticos de TB. Sabe-se que é importante a identificação precoce dos casos de TB, pois, mais rápidas são as chances de recuperação, além da interrupção da cadeia de transmissão da doença.

6.3 CAPACITAÇÃO E EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA TRABALHAR DENTRO DO SISTEMA PRISIONAL

Em relação à capacitação ou experiência prática vinculada ao Programa de Controle e Combate à tuberculose, somente um dos entrevistados disse já ter atuado na atenção primária e conseqüentemente desenvolvido por pouco tempo ações do programa de TB, sendo notório pela seguinte fala:

E.3: “Eu já trabalhei algum tempo num centro de saúde, então, a gente sempre recebia, aquelas orientações dos programas, do programa da tuberculose.”

E.3: “Sim. Em uma unidade de saúde um pouco antes de vir pra cá “

Sendo, portanto, essencial o treinamento e capacitação prévia sobre TB independente de ser médico ou enfermeiro, visto que o conhecimento e o domínio sobre o assunto são importantes para aprimorar o desempenho do rastreamento dos casos de TB. É importante para mostrar o quanto as ações profiláticas são eficazes para conter esta doença re-emergente, motiva os profissionais de saúde a buscarem novos treinamentos ou capacitações sobre o que tem de novo relacionado às formas de tratamento.

A formação e educação continuada dentre os profissionais da saúde deve acontecer periodicamente de acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Investir no conhecimento dos profissionais é um retorno para o sistema, pois a atenção primária é responsável por realizar a notificação compulsória de doenças infecciosas, além de implementar todos os programas criados pelo Ministério da Saúde (FERREIRA JÚNIOR; OLIVEIRA; MARIN-LÉON, 2013).

É importante ressaltar que por se tratar de pessoas privadas de liberdade a insalubridade aumenta os riscos de desenvolver tuberculose dentro da instituição, deste modo

é fundamental que os profissionais da equipe de saúde da unidade prisional realizem atualizações e capacitações sobre a doença. Vale destacar que o controle da TB nas prisões não deve ser um programa técnico isolado, mas deve contemplar toda a estrutura assistencial, o que inclui palestras, orientações temáticas por meio da educação e sensibilização da população interna.

6.4 O PROGRAMA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CRASHM

Dados obtidos junto aos pesquisados revelam que as PPL que precisavam ser atendidas por programas específicos até julho de 2016 eram encaminhadas à Unidade Básica de Saúde mais próxima do presídio, e lá por meio dela podiam ter atendimento odontológico, acompanhamento do Hiperdia, hanseníase e tuberculose. Todos os casos suspeitos de doença de notificação compulsória eram registrados como sendo de pacientes livres que procuravam assistência na UBS, o que justifica a ausência das fichas de notificação durante esse período.

Após ser inaugurada a Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP), os profissionais de saúde do CRASHM assumiram totalmente os atendimentos dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde. Passaram a ser os responsáveis por todo o processo: atendimento, notificação e acompanhamento do tratamento das PPL garantindo o acesso ao Hospital Municipal de Saúde como referência para os casos que exigem emergência no atendimento.

Com base nos relatos dos profissionais a UBSP passou a funcionar como porta de entrada do sistema público de saúde da PPL, há um pouco mais de um ano, mas nem todos sabem dizer o tempo certo, isso por que alguns possuem pouca experiência profissional ou não trabalhavam diretamente dentro da unidade de saúde prisional sendo notada na seguinte resposta:

E1: "Não sei lhe dizer realmente. Eu fiquei apenas dois dias aqui dentro quando eu entrei, logo no 3º dia o Major me transferiu lá pra triagem e aí durante eu tá lá todo esse tempo nós não tivemos nenhum caso de tuberculose lá."

E3: "Olha, eu não sei te falar assim com tanta certeza né! Mas deve ter um ano. Pois o programa mesmo começou a funcionar no CRASHM quando a Unidade Básica de Saúde foi montada né! Por eles começaram a ter o próprio cadastro de lá, e começaram a pedir as medicações de lá. Antes os internos eram levados a unidade de saúde fora do presídio e lá davam a medicação e encaminhamentos....."

É perceptível também que os profissionais preferem não falar sobre o assunto, uma vez que pode apontar problemas dentro da UBSP e na própria instituição prisional ou

realmente desconhecem sua implantação dentro da casa penal, como o exposto na seguinte fala:

E2: "Não sei ..."

E5: "Não, não. Não estou ciente não. Eu acho que não tem."

Entretanto notou-se que outros profissionais não reconhecem a implementação do programa de TB dentro da unidade prisional, sendo possível observar nas seguintes colocações:

E4: "Olha eu creio que aqui não tem. A gente trata, a gente cuida deles porque eles acabam apresentando os sinais e sintomas, e como a gente tem uma médica ela os encaminha para ir fazer esse controle e exames fora, e o controle que a gente tem, é de fazer o controle da entrega da medicação deles. Essa é a verdade. Aí pede o exame de escarro que é para confirma com a doutora, aí ela pode encaminhar para o infectologista e assim a gente vai fazendo, mas... aqui dentro mesmo, durante eu está aqui... do programa de TB é a primeira vez."

E7: "No CRASHM na verdade ela não foi implantada, o que que a gente faz é ... administra o paciente que está com tuberculose, porque até então a gente não tem nenhum programa desses dentro da casa penal, aonde há um espaço apropriado para deixar esse paciente, muitas das vezes quando ele vem de alta do hospital a gente não tem aonde deixar o paciente, então o programa não tem um local adequado para receber esse tipo de paciente."

Conforme o que foi relatado pelos profissionais, até pouco tempo a unidade de saúde que atendia as PPL era externa à instituição prisional, isto demonstra o comprometimento com a saúde dos apenados. O que de acordo com Lermen et al., (2015) relembram que a PPL tem direito a assistência à saúde amplamente desde a consulta de enfermagem à assistência odontológica, e isso deve ser feito dentro da instituição penal, caso não haja estrutura para realização de nenhum atendimento, esta precisa ser levada ou encaminhada ao posto de atendimento externo.

Trabalhar com PPL é desafiador, pois as unidades de saúde prisionais são ajustadas conforme o que a direção e a equipe de segurança impõe, apesar da sua organização se basear no modelo de unidade saúde da família, "aqui de fora", as restrições, a diferenciação entre regime aberto e fechado, medidas de segurança, o espaço limita a forma da assistência à saúde, cabendo a equipe de saúde se adaptar ao ambiente, ajustar para que os programas de promoção a saúde sejam implementados (JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013).

Segundo consta na Política Nacional de Assistência Prisional, cada interno ao ingressar na instituição precisa ser submetido à avaliação psicossocial e clínica em até 7 dias

(BRASIL, 2010). Sabendo disso, ao ser admitido no CRASHM, o interno é avaliado primeiramente pelo psicólogo e o assistente social, após a avaliação psicossocial na triagem o detento é levado para a avaliação clínica, geralmente quem faz é a equipe de enfermagem através do exame físico e anamnese, caso haja alguma alteração nos testes rápidos, ou outro problema de saúde que seja suspeito a PPL é encaminhada para a consulta médica.

O fluxo de entrada geralmente é o preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que são realizados os exames necessários no momento da entrada da PPL na instituição prisional. Entretanto segundo relatos dos profissionais de enfermagem quando indagados sobre a avaliação de saúde do indivíduo institucionalizado ao ser admitido no CRASHM, observou-se o seguinte:

E1: "Sim, sim.! O enfermeiro só fica aqui de segunda a sexta, manhã e tarde. No sábado e domingo não é feito nada. Caso o preso chegue no final de semana o nome dele vai pra lista de internos que ainda não foi feita a triagem para ser feita na semana seguinte."

E4: "É feita. O enfermeiro faz avaliação dele, verifica alguma coisa no exame físico dele aí encaminha para a doutora. Olha, quando os enfermeiros estão aqui, dependendo de como está o movimento aqui, na mesma hora elas chamam pra fazer, caso não tenha o prontuário o enfermeiro demora uma semana no máximo para fazer a avaliação."

E8: "É assim, é feita pela enfermeira, assistente social, psicólogo e médico. Essa avaliação é feita só quando ele não tem prontuário, quando ele vem direto, ou é recapturado. Geralmente é feita na hora da admissão dele na instituição. Só quando não tem ninguém pra fazer que é agendado durante a semana seguinte."

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica Prisional o regime de horas semanais que devem ser cumpridas pela equipe de saúde dentro da unidade de saúde é de 30 horas, cinco dias por semana. Diante disso, é notório que os profissionais obedecem aos regimentos propostos, cumprem a carga horária, não extrapolam o prazo limite para realizar a avaliação física do detento, mesmo não tendo atendimento nos finais de semana.

A investigação dos casos de TB no CRASHM ocorre por demanda espontânea, já que a instituição não fazia busca ativa por motivo de falta de segurança nos pavilhões. Quando as PPL procuram o serviço de saúde da unidade prisional devido manifestação de sinais e sintomas, que podem ser sugestivos da doença. O enfermeiro após avaliar o caso, se suspeito, orienta a PPL a coletar secreção brônquica para o exame de baciloscopia que é realizado fora da unidade prisional

Quando o resultado fica pronto o médico o analisa, caso seja positivo o tratamento é iniciado imediatamente e a equipe de enfermagem fica responsável pelo preenchimento da ficha de notificação compulsória da TB e pelo tratamento supervisionado da PPL dentro da UBSP. Em alguns casos, o fato de ser diagnosticado com TB é uma forma de conseguir “liberdade”, uma vez que a PPL pode solicitar junto ao ministério público um Alvará de soltura para realizar o tratamento antiTB em domicílio, desde que compareça diariamente na unidade de saúde próxima de sua residência para realizar o tratamento.

Durante o tempo de espera do resultado do exame, que dura de dois a três dias, com exceção dos casos em que é solicitada prioridade na avaliação, a PPL aguarda em uma cela arejada e ventilada, sob os cuidados da equipe de enfermagem, caso não seja um sintomático respiratório é mandado novamente para a cela e recebe tratamento conforme os sintomas apresentados no momento, isso segundo informações colhidas dos profissionais de enfermagem que descreveram a forma como é feita a detecção dos casos de TB dentro do CRASHM:

E1: "Não é realizada a busca ativa por medida de segurança nosso mesmo, por que eles têm que falar o que eles têm, tá entendendo? O ideal é que eles venham até nós pra gente prestar o melhor atendimento com qualidade né?! Com eficácia, por que não dá pra levar tudo pronto e por conta do risco também né".

E2: "Por serem muitos internos é difícil fazer a busca dentro das celas, por isso eles são orientados a procurar a enfermaria caso sintam alguma coisa, ou apresentem qualquer situação incomum, daí a enfermeira avalia e encaminha caso precise."

E8: "Se não for descoberta na avaliação deles quanto chegam, depois é só quando eles procuram a enfermaria apresentando queixas de tosse por muitos dias, daí pelo exame clínico a gente notar que pode ser tuberculose e imediatamente já pede um exame."

Nesse estudo ficou claro que não é realizada a busca ativa de casos respiratórios sintomáticos, entretanto Valença et al., (2016) ao desenvolverem seu estudo em um presídio na Região Sul do Brasil, observou que dos 279 internos foram identificados com suspeita de TB, desses, 36 tiveram resultado confirmado por meio de exame clínico, exames de imagem e microbiológico, dos quais 47,22% foram por busca ativa e 52,8% por demanda espontânea.

Apesar da maioria ter sido identificada por demanda espontânea, a busca ativa é mais eficiente no combate a esta doença dentro dos presídios, uma vez que funciona como um método de esclarecimento, desmistificação e estimula a identificar os sinais e sintomas da

tuberculose, e, portanto, aumentando a demanda espontânea por cuidados assistenciais (VALENÇA et al., 2016).

Observou-se que, as equipes de saúde e segurança trabalham de forma síncrona no presídio quando uma das PPL está sob suspeita de TB, isto por que os demais companheiros de cela ficam receosos por já terem ouvido falar da doença e sua forma de contágio e podem tentar contra a integridade física do indivíduo. Por isso, a PPL é levada para uma cela que fica dentro da UBSP, porém isolada até ser descartada a suspeita ou mesmo iniciar o tratamento.

Quando indagados sobre a conduta para detecção e profilaxia em casos suspeitos os profissionais responderam o seguinte:

E1: "...Colher toda a história dele, faz a ausculta pulmonar, o médico solicita os exames do sangue, e logo o raio-x né!? Pra comprovar toda radiografia e já entraria com a medicação."

E2: "O certo seria isolar logo a pessoa pra evitar a transmissão devido a celas ter muitas pessoas, essa é a nossa realidade não só de Santarém, mas de todo o Brasil, a gente tenta isola, as vezes a gente consegue um ambiente mais arejado pra deixa ele lá."

E3: "Eles são isolados geralmente na enfermaria. Têm uma cela na enfermaria eles são isolados lá. Porque algumas vezes o paciente que está com suspeita ele é mal visto pelos internos, aí fazem isso para preservar a integridade física do interno."

E5: "Exame de sangue e escarro."

E6: "São exames de escarro, né!! E o de sangue, acho que só esses."

Diante da resposta é perceptível que os profissionais têm dificuldade em falar sobre os métodos de detecção da tuberculose, ou no momento da entrevista não conseguiram associar as perguntas com a prática cotidiana, entretanto é crucial que no momento da consulta do interno, a equipe de enfermagem realize os exames e orientações necessárias ao paciente.

O fato de somente um dos profissionais ter mencionado o exame de imagem como forma de diagnóstico demonstra que nem todos associam a radiografia como um exame para detectar a TB. Outrossim, o custo, manutenção e mão de obra qualificada para operar o equipamento de raio-x é um dos fatores que influenciam para que a UBSP não o tenha, sendo necessário encaminhar o interno para laboratórios para fazer o exame de imagem quando necessário. Sabendo das limitações associadas ao ambiente prisional e o custo-benefício o exame microbiológico ainda é o mais utilizado para a detecção da TB.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, constatou-se que apesar da radiografia ser útil, o exame microbiológico foi o maior responsável pelos diagnósticos de TB durante a busca ativa em uma instituição prisional. (VALENÇA et al., 2016). NO que diz respeito à

ficha de notificação compulsória, desde que foi inaugurada em 2016, até a data de coleta de dados nenhuma notificação de tuberculose havia sido realizada pela UBSP. Sabe-se que antes da implantação da UBSP as fichas de notificação compulsória eram preenchidas pela UBS de um bairro residencial de Santarém. As fichas e prontuários, bem como todo acompanhamento do interno era feito por uma UBS externa, caso o apenado apresentasse complicações associadas ao quadro clínico era encaminhado imediatamente para o pronto socorro municipal.

Ao serem indagados sobre a Ficha de Notificação de tuberculose os profissionais de enfermagem relataram o seguinte:

E1: "olha, a partir da investigação ele apresenta sinais e sintomas e após a confirmação de exames ou de BAAR ou de raio-x, a gente confirma na ficha de notificação. A ficha vai pra secretaria de saúde."

E2: "Olha na verdade quem faz isso é a enfermeira, essa notificação é feita por ela depois de preenche aquela ficha, mas isso quando o diagnóstico tá fechado. Eu penso que é pra secretaria de saúde do Município que ela do suporte."

E8: "Olha por enquanto a gente, no caso eu, não vir notificação nenhum, enquanto eu tô aqui. Acredito que vai para a Pra Secretaria Municipal de Saúde."

O preenchimento da ficha de notificação é de suma importância para fornecer subsídios para conhecer o problema da TB na PPL, bem como criar políticas públicas que promovam a saúde do indivíduo apenado, e subsidiem pesquisas voltadas para o desenvolvimento de novas tecnologias de detecção e controle da tuberculose. Em um estudo envolvendo 13 instituições penais gerenciadas pela SUSIPE, 69,2% não preenchiam a ficha de notificação, demonstrando descaso com a informação (ALLGAYER et al., 2019).

É válido enfatizar que as políticas públicas de combate às doenças infecciosas, assim como outras morbidades, são elaboradas a partir das informações fornecidas pelo preenchimento das fichas de notificação e dados epidemiológicos dos municípios, deste modo é possível identificar problemas de saúde pública. O Ministério da Saúde por meio das dimensões intersetoriais disponibiliza insumos necessários para a prevenção e combate dessas doenças (ROCHA et al., 2020).

Nota-se também que alguns profissionais não sabem para onde vão as fichas de notificação, em suas respostas deixam implícito que não é função deles realizar o preenchimento da mesma.

E5: "Essa parte é mais para a enfermeira. Manda pra Secretária de Saúde."

E6: "Ah, esse aí eu não sei te explicar oh" É obrigação da enfermeira chefe. Vão pro Municipal né."

Sabe-se que o preenchimento da ficha de notificação é uma das competências do enfermeiro, mas não exclusivamente dele, sendo possível ao técnico de enfermagem realizar o preenchimento da ficha. Ao enfermeiro é delegada a função de enviar ou encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde todas as fichas de notificação compulsória devidamente preenchidas (BRASIL, 2011).

Relacionado à introdução do tratamento da TB na UBSP, os participantes responderam o seguinte:

E1: "A equipe mesmo, a doutora, a enfermeira e nós os técnicos."

E4: "A médica faz o diagnóstico e o acompanhamento é feito pelos enfermeiros. E nós técnicos também."

O Tratamento Diretamente Observado (TDO), deve ser supervisionado, cabendo a equipe de enfermagem realizar a entrega da medicação, inspecionar e avaliar como o interno tem evoluído (BRASIL, 2011).

Em relação a conduta realizada dentro e fora da unidade prisional nota-se:

E1: "Durante está aqui o tratamento é supervisionado pelo técnico de enfermagem, caso ele saia ainda durante o tratamento recomendamos que ele seja supervisionado pela unidade de saúde do bairro da casa dele."

E3: "Todo dia é repassado a medicação pra ele, eles até são bem conscientes quanto a isso. Quando saem a família é comunicada que precisam continuar o tratamento por seis meses na unidade de saúde do bairro deles."

A partir do momento que a PPL é liberada para fazer o tratamento em casa é feito o encaminhamento da mesma para a UBS externa próxima a sua casa, para que dê continuidade ao tratamento, entretanto em alguns casos essa medida é insatisfatória, pois os pacientes acabam abandonando o tratamento, o que agrava a condição de saúde do paciente, além de se tornar um agente disseminador da doença na comunidade (LIMA et al., 2012).

A utilização de liminar para realizar o tratamento domiciliar tornou-se uma forma de sair do cárcere, tal artifício compromete a abordagem contra a tuberculose. Contudo, antes de sair da instituição é fundamental que seja feita articulação entre as unidades de saúde, para compartilhar informação e garantir que o apenado em liberdade provisória conclua seu tratamento. Nesse contexto, para que haja a redução dos casos de TB, faz-se necessário a articulação de toda a rede de atenção primária, objetivando a abordagem interdisciplinar e multidisciplinar, distante de preconceitos e estigmas que envolvem a pessoa privada de liberdade (ANDRADE, 2011).

Observou-se também que os esclarecimento e orientações sobre a tuberculose antes dos internos saírem em liberdade é um fator preponderante, para que o tratamento seja levado adiante, entretanto:

E5: "A gente entrega na mão do preso, aí o preso toma.... Quando vão sair essa parte já fala com a doutora e com a enfermeira, aí ela já vai orientar o preso. Eu não vou orientar preso nenhum, já é parte da doutora e da enfermeira já!"

Nesta fala é perceptível que o profissional técnico se reserva ao direito de exercer sua função apenas assistencial, não se comprometendo com a parte educativa, limitando-se a prática mecanicista na qual busca tratar a doença sem humanização ou empatia, ainda que dentre as funções do técnico de enfermagem esteja a orientação, acompanhamento e supervisão do tratamento para a tuberculose.

No que concerne às condições que predispõe e aumentam os riscos de infecção da tuberculose dentro das penitenciárias, pode-se dizer que a quantidade de presos por metro quadrado é um fator de risco indubitável, considerando que o sistema penitenciário atual está entrando em colapso e tem presídios com a capacidade máxima extrapolada (NASCIMENTO, 2019).

Sabendo desta fragilidade do sistema, notou-se através das repostas dos profissionais de enfermagem que isso é uma realidade:

E3: Essa questão da umidade, de não terem esse contato com o sol, ser um ambiente muito úmido o local que eles vivem né, um ambiente contaminado, totalmente contaminado, acho que isso é o principal né, que contribui né!"

E7: "É como eu te falei... é a insalubridade o espaço é muito pequeno, muito homem acumulado numa cela de 4x4, acho que é 3x3 a cela, pequena a cela né! esgoto, a fossa aberta.....Tudo é muito úmido, muita gente, super lotada, e sem luminosidade, sem sol."

Corroborando essas falas, num presídio no Rio de Janeiro foi encontrada situação semelhante que vale ser descrita: superlotação das celas, insalubridade, violência, poucos profissionais e precárias condições físicas e estruturais da instituição (NASCIMENTO & BANDEIRA, 2018).

A situação calamitosa das prisões brasileiras pode ser comparada a uma "terra sei lei", por isso o Supremo Tribunal Federal (STF) define as penitenciárias brasileiras como "Estado de Coisa Inconstitucional". Essa denominação se refere aquilo que avilta os direitos humanos, e automaticamente fere a constituição federal, pois as PPL são submetidas a conviverem com animais como ratos, total falta de higiene, limitações quanto às necessidades humanas básicas,

celas superlotadas, com 8 a 10 PPL, dividindo o vaso sanitário, nem sempre podendo tomar banho por causa da falta de água (COSTA, 2019; NASCIMENTO, 2019).

Notou-se neste estudo que outro fator preponderante mencionado pela equipe de enfermagem foi a falta de higiene e a má alimentação, sendo possível observar nas seguintes falas:

E1: "A falta de higiene, o tabagismo que é intenso e aglomeração, tem tudo haver, aglomeração né!? a falta de higiene entre eles e também tem. Sem falar na alimentação horrível que eles têm aqui."

E5: "O Excesso de preso, comida, mofo. Tem preso que dorme no mijo entendeu. Dê uma olhada no pavilhão pra você ver como é que é lá... no 1 no 2, eu quando vou lá saio com dó de cabeça. É muito, muito, muito nojento."

A exposição dos indivíduos a todos esses estressores influencia na somatização de problemas psicossociais que deterioram a saúde da PPL gradativamente (NASCIMENTO & BANDEIRA, 2018). Ademais, a falta de luz solar, a umidade, o odor e a necessidade de espaço refletem negativamente na saúde do indivíduo, a falta de higiene e as condições de saneamento a que são submetidos agride a dignidade do mesmo (VILELA et al., 2019).

Em relação às práticas de educação e promoção à saúde no CRASHM depois da implantação da UBSP, passaram a ser realizadas esporadicamente, mas limitadas às PPL que cumprem pena em regime semiaberto, geralmente internos que fazem cursos profissionalizantes, ou que desenvolvem atividades na cozinha e na colônia agrícola da instituição prisional. Em alguns casos, para a realização de ações de promoção à saúde que envolvam todas as PPL, são convidadas instituições de ensino superior que tenham cursos da área na saúde para desenvolver trabalhos dentro da instituição penal, uma vez que os profissionais de saúde que trabalham nas UBSP são poucos.

Quando as ações de promoção à saúde são realizadas por instituições de ensino, os atendimentos acontecem em área reservada dentro da instituição prisional, local destinado ao banho de sol das PPL, nesse espaço, geralmente são montados estandes para a realização de aferição de pressão arterial, exame de glicemia e coleta de material biológico (para exames de hemograma e papanicolau).

Por outro lado, quando são ações educativas como palestras, estas acontecem na sala de aula para as PPL que estudam (uma forma de reduzir o tempo que estas devem permanecer em cárcere) e para todas as do sexo feminino, por ser um grupo pequeno comparado ao do sexo masculino e não representar ameaça de risco a equipe executora da ação, porém as atividades acontecem sob a supervisão da equipe de segurança da Unidade Prisional (UP).

Os trabalhadores do presídio, principalmente os agentes prisionais só participam das palestras porque devem ficar conduzindo e/ou supervisionando os detentos. Caso contrário, assistem palestras só quando acontecem surtos de doenças dentro da UP, pois é quando começam a demonstrar interesse em saber sobre o assunto.

E3: "Olha na medida do possível eles fazem né! É feito sempre essas orientações junto a prefeitura e a SESPA, sobre TB. Mas é assim, devido à dificuldade. Não tem como tirar 15 internos pra dá um treinamento, não existe, é difícil por causa da segurança né. Então, sempre que é possível é feito, os funcionários só participam porque eles ficam vigiando os presos né! Mas especificamente pra eles nunca vi."

Em relação ao achado nesse estudo observou-se que foi somente em 2017 que começaram as ações de educação em saúde relacionadas à tuberculose dentro do presídio, após solicitação da SUSIPE-PA, foram realizadas com as PPL que estudam, para as do sexo feminino, e funcionários que trabalham no setor administrativo da UP, e os agentes prisionais que faziam segurança no momento da palestra.

De acordo com os profissionais de enfermagem essas são as únicas atividades voltadas para a tuberculose desenvolvidas dentro do CRASHM:

E1: "Nós conseguimos fazer agora, durante eu tá aqui nós realizamos agora nesta semana, fomos em vários locais aqui, tanto para os privados de liberdade quanto para os servidores, nós conseguimos fazer essa campanha de prevenção a tuberculose..."

Observa-se que a prática de ações de promoção à saúde começou a ser adotada recentemente na penitenciária:

E7: "sim. Nós iniciamos agora."

E8: Sim. Também, a gente tá iniciando esse ano

Nesse contexto, vale a ressalva de que a educação em saúde é fundamental para a sensibilização dos indivíduos e a transformação do meio através de pequenas ações. No estudo de Fabrini et al., (2018) ele relata que as oficinas realizadas dentro de uma unidade prisional tiveram impactos positivos dentro da população alvo, através da informação os internos passaram a buscar mais a assistência, se aproximaram da equipe de saúde e passaram a ser auto vigilantes, ou seja, a reconhecer o seu corpo e identificar que precisavam de ajuda, as oficinas de TB mostraram a importância da realização do exame clínico e ausculta pulmonar.

Relacionado ao que poderia ser mudado, para melhorar a conjuntura atual da instituição prisional, visando o funcionamento do Programa de Tuberculose foram elencados diversos relatos que provavelmente seriam importantes para o combate à doença.

E1: "Seria bom ações como esta recentemente [palestra sobre TB], que fosse feito pelo menos semestralmente esse trabalho de disseminação da informação acerca da prevenção da tuberculose."

E3: "essa é engraçada. Por que não tem como ter controle sobre os internos, porque eles priorizam a segurança, acima da saúde né!"

E8: "Promover mais ações e informações, pra eles né, para os internos e funcionários, até para os funcionários que tem mais contato com eles lá, capacitação dos funcionários do presídio."

Esses relatos demonstram q o quanto é importante a disseminação da informação através de palestras de educação em saúde. Para que isso ocorra a equipe de segurança precisa estar de acordo com as atividades a serem realizadas, uma vez que dentro do CRASHM os pavilhões são divididos entre as PPL em regime aberto e fechado e eles não podem ter contato direto. Esse fato vem ao encontro do trabalho de Nascimento e Bandeira (2018), o qual diz que a equipe de saúde não pode desenvolver suas atividades de maneira autônoma, mas precisa estar subjugada às limitações impostas pela equipe de segurança do presídio.

Portanto, conclui-se que a equipe de enfermagem da UBSP do CRASHM é diversificada em relação ao gênero, e relativamente experiente, pois a maioria trabalha na área da saúde há mais de 5 anos. Entretanto a vivência relacionada ao ambiente onde exerciam suas funções de técnicos e enfermeiros era distinta, considerando que a maioria dos profissionais relataram trabalhar no CRASHM num período inferior há dois anos, ou seja, começaram a trabalhar na instituição após a implantação da UBSP.

Em relação ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre TB, é perceptível que eles sabem que é uma doença infecciosa e que sua transmissão se dá por via respiratória, entretanto se limitam ao essencial em relação ao conhecimento sobre a doença. Nesse sentido é importante que sejam realizadas capacitações envolvendo estes profissionais, visto que o público para o qual eles prestam assistência é considerado de risco e vulnerável a ter a infecção pelo BK.

Outro fator que ficou evidente durante as falas dos profissionais foi o fato de que a busca ativa não é realizada na instituição, prevalecendo desta forma a demanda espontânea, não ocorrendo a adesão à proposta do MS da realização da busca ativa dentro das Unidades Prisionais, o que contribuiria para a redução do número de casos e tratamento precoce aos infectados. Além disso, o fato das PPL terem sido atendidas durante um período por uma unidade de saúde da família fora da instituição, fez com que a UBSP não tivesse registro sobre o estado de saúde das PPL por um tempo.

Somente após a reforma e implantação da UBSP em meados de foi que a UP começou a implementar efetivamente a assistência à saúde internamente, o que passou a ser um grande desafio, considerando que teve que contratar profissionais qualificados, ajustar a logística para que os atendimentos fossem feitos dentro dos padrões de segurança. É notório que os profissionais entendem como devem proceder em casos suspeitos de TB, entendem como deve ser feito o tratamento caso seja confirmado o diagnóstico de TB, já em relação a ficha de notificação compulsória e sua importância para os registros da doença e ter um controle dos casos dentro da instituição, a maioria dos profissionais relataram ser responsabilidade do enfermeiro da unidade, mas sabiam que a ficha é encaminhada para a Secretaria de Saúde do município. No entanto, não haviam registros em fichas ou cadernos de acompanhamento que indicassem atendimentos de PPL com TB.

As dificuldades mencionadas pelos profissionais de enfermagem para o controle da TB dizem respeito à estrutura física do presídio, que conta com poucas celas para a quantidade de PPL existentes; ao quadro de funcionários que é exíguo para atender à demanda; ausência de local apropriado para as PPL em tratamento e alimentação deficiente em proteínas e vitaminas.

Existem ações promovidas por instituições de Ensino Superior que envolvem atividades como testes de glicemia, hemograma e verificação de pressão arterial. Porém, cabe a UBSP ações efetivas de controle da TB, que devem ter apoio da gestão do Sistema Prisional, para tanto é necessário que as políticas públicas de saúde priorizem esse tema, que é de interesse mundial e participem na construção de um mundo livre de TB. Além, de toda a reflexão sobre a questão do controle da TB no ambiente prisional, outra contribuição do presente estudo foi a elaboração de um material educativo, um “Guia de Boas Práticas na Prevenção e Controle da Tuberculose”, que será entregue para ser utilizado como instrumento de suporte pelos profissionais de saúde das UBSP do Estado do Pará.

ALLGAYER, M. F. et al., tuberculose: vigilância e assistência à saúde em prisões. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1304-1310, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0260>, acessado em 08 de agosto de 2020.

ALMEIDA, Â.S. et al., conhecimento de enfermeiros da estratégia saúde da família sobre a tuberculose. **Revista enfermagem da UFPE** [online, p. 2994-3000, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-997559>, acessado em 08 de agosto de 2020.

AMARANTE, J.M. A tuberculose no sistema penitenciário brasileiro-2005. Unesco, 2005. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento_pdf, acessado em 08 de agosto de 2020.

AYRES, J.R.C. M. et al., o conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, v. 2, p. 121-144, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-53913>, acessado em: 09 de agosto de 2020.

AYRES, J.R.C.M. et al., risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **tratado de saúde coletiva**. São Paulo, ed. Hucitec, p. 375-417, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-53913>, acessado em: 08 de agosto de 2020.

SALETTI FILHO, H. et al., vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: *sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder*, ed.34 p. 49-72, 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-382756>, acessado em 08 de agosto de 2020.

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em debate**, v. 7, n. 2, p. 5-25, 2001. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/570>, acessado em 09 de agosto de 2020.

BARREIRA, D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no brasil. **Revista de Epidemiol. Serv. Saude**. Brasília n.27, v.1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100009>, acessado em 09 de agosto de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no brasil. 2ª.ed., **Brasília**: ministério da saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. Saúde Brasil

2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. **Brasília**: Ministério da Saúde, p.462, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde Programa Nacional de controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. **Brasília**: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas. Plano nacional de saúde no sistema penitenciário. 2ª ed. **Brasília**: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Departamento Penitenciário Nacional. Manual de Intervenções Ambientais para o controle da tuberculose nas prisões. **Rio de Janeiro**, 65 p. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça, departamento penitenciário nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias infopen. 147 p., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. **Brasília**: ministério da saúde, 52 p., 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coinfecção por TB-HIV no Brasil: panorama epidemiológico e atividades colaborativas. Boletim epidemiológico. **Brasília**, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Sinan. Sistema de informação de agravos de notificação. Tuberculose. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>, acessado em: 20 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Tuberculose: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção; 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose#epidemiologia>, acessado em 20 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, coordenação de saúde no sistema prisional. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. 1ª. Ed – **Brasília**: ministério da saúde, 2014.

CAMPOS, F. E. D. (org.) Experiências exitosas da rede una-sus: trajetórias de fortalecimento e consolidação da educação permanente em saúde no Brasil. **São Luís**: EDUFMA, 281p. 2017.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enfermagem**, v.15, n.4, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000400017>. Acesso em 28 de outubro de 2020.

CARVALHO, C.F. et al., Tuberculose: conhecimento entre alunos de graduação em enfermagem. **Revista bras. Enferm.** V. 72, n. 5, p.1344-53, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0384>, acesso em 28 de outubro de 2020.

CECILIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Acesso ao diagnóstico de Tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000230014>, acessado em 28 de outubro de 2020.

COSTA, S. V. Estado de coisas inconstitucional: legitimidade e efeitos práticos no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista jurídica eletrônica da UFPI**, v. 6, n. 01, 2019. Disponível em <https://revistas.ufpi.br/index.php/raj/article/view/10137>, acesso em: 28 de outubro 2020.

NASCIMENTO, F.S. A superlotação e a crise do sistema prisional brasileiro. **Captura críptica: direito, política, atualidade**, v. 8, n. 1, p. 114-125, 2019. Disponível em: <http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/capturacriptica/article/download/3543/3255>, acessado em 28 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento, 1ª. Ed. Rev. **Brasília**: ministério da saúde, 73p., 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação em saúde. Política nacional de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde, departamento de gestão da educação em saúde. – **Brasília**: Ministério da saúde, 64 p. ,2009.

DIUNA, V. et al., saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no rio de janeiro, Brasil. **Cad. Saúde pública** [online], v. 24, n. 8, p.1887-1896, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000800017>.

FERNANDES, R.C.P. et al., trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da região metropolitana de Salvador, Brasil. **Cad. Saúde pública** [online]. V.18, n.3, p.807-816,2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2002000300024>, acessado 28 de outubro de 2020.

FERREIRA JÚNIOR, S. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose e HIV/AIDS em prisões e no serviço público de saúde. 2011. **Dissertação de mestrado**. Universidade estadual de campinas, faculdade de ciências médicas, São Paulo.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2018, [citado 29 ago. 2018].

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015, [citado 12 jul. 2016].

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Informações e estatísticas; 2016, [citado 12 set. 2016].

INFOPEN - sistema de informações penitenciárias divisão de tecnologia da informação superintendência do sistema penitenciário do estado do Pará secretaria de segurança pública governo do estado do Pará.

LAROUZÉ, B., VENTURA, M., SÁNCHEZ, A. R., & DIUANA, V. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, n. 6, p. 1127-1130, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpe010615>, acessado em 28 de outubro de 2020.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde pública** [online]. V. 29, n.4, p.318-325, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89101995000400010>.

PIMENTA, F. A.; MERCHAN-HAMANN. Uso dos serviços de saúde por parte de homens que fazem sexo com homens do distrito federal. **Tempus Actas de saúde coletiva**, v. 5, n. 4, p. 35-53, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i4.1056>, acessado em 28 de outubro de 2020.

NASCIMENTO, L.G.; BANDEIRA, M. M. B. Saúde penitenciária, promoção de saúde e redução de danos do encarceramento: desafios para a prática do psicólogo no sistema prisional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 38, supl. 2, p. 102-116, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000212064>, acessado em 01 de agosto de 2020.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHÃO, R.M.C.M.; GALES, V.M.N. Infecção tuberculosa latente em profissionais contato e não contato de detentos de duas penitenciárias do estado de São Paulo, Brasil, 2008. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 14, n. 3, p. 486-494, 2011.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-790x2011000300013>, acessado em 01 de agosto de 2020.

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. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 12., n. 1, p. 30-38; 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-790x2009000100004>, acessado em 01 de agosto de 2020.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde pública**, v. 34, n. 5. P. 547-559, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102000000500018>, acessado em 01 de agosto de 2020.

OLIVEIRA, L. G.D.; NATAL, S.; CAMACHO, L. A. B. Análise da implantação do programa de controle da tuberculose em unidades prisionais no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, p. 543-554, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00042914>, acessado em 01 de agosto de 2020.

ROCHA, M. S. et al. Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 29, n.1, p.1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100009>, acessado em 01 de agosto de 2020.

SILVA, M. E. N. et al., aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. **Revista brasileira de análises clínicas**. v.3 n.50, p.228-232, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.21877/2448-3877.201800717>, acessado em 01 de agosto de 2020.

SOBRINHO, R. A. S. et al., conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare enfermagem**, v. 19, n. 1, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35930>, acessado em 01 de agosto de 2020.

SOUZA, M. O.S.; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Escola Anna Nery** [internet], v. 12, n. 3, p. 417-423, 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452008000300004>, acessado em 01 de agosto de 2020.

SUSIPE - superintendência do sistema penitenciário do estado do Pará. Secretaria de segurança pública governo do estado do Pará. Sistema de informações penitenciárias divisão de tecnologia da informação [citado 18 out. 2018].

SUSIPE– superintendência do sistema penitenciário do estado do Pará. Secretaria de segurança pública governo do estado do Pará. Sistema de informações penitenciárias divisão de tecnologia da informação, [citado 31 mai. 2019].

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022005000300009>, acessado em 01 de janeiro de 2020.

VALENÇA, M.S.et al., processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. **Revista ciência & saúde coletiva**, v. 21, n.7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.13822015>, acessado em 01 de agosto de 2020.

VILLELA, G. R. et al., a política criminal e o sistema carcerário brasileiro. **Jornal eletrônico faculdade Vianna júnior**, v. 11, n. 2, p. 19-19, 2019. Disponível em: <https://www.jornaleletronicofivj.com.br/jefvj/article/view/704>, acessado em 01 de agosto de 2020.

JUNIOR, VITTI. W o controle da tuberculose nos presídios: atuação das equipes de saúde na região (drs vi) de Bauru/SP. 2013. **Tese de doutorado**. Tese apresentada ao programa de pós-graduação em saúde coletiva da faculdade de medicina de Botucatu-UNESP, Botucatu-SP.

WHO. Global tuberculosis report, 2015, [citado no ano de 2015]. Disponível em; http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CENTRO DE RECUPERAÇÃO AGRÍCOLA SILVIO HALL DE MOURA EM SANTARÉM - PA**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Marylin Neves Nogueira**, orientada pela Prof. Dra. **Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryschek**, que tem por objetivo avaliar a implementação do programa de controle da tuberculose no Centro de Recuperação Silvio Hall de Moura.

Gostaríamos de contar com a sua participação na pesquisa: Na qual, o senhor(a) será convidado a participar de uma entrevista, que objetiva avaliar a implementação do programa de controle da tuberculose no Centro de Recuperação Sílvio Hall de Moura, esta será realizada nas dependências do CRASHM, em sala reservada, e terá duração média de 60 minutos.

Ao aceitar participar da pesquisa o senhor(a) fica ciente que:

- I)** Sua participação não é obrigatória, o senhor(a) pode se recusar a responder as perguntas da entrevista.
- II)** O senhor(a) tem a liberdade de desistir ou de interromper sua colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de dar qualquer explicação e sem que causasse nenhum prejuízo à sua saúde ou seu bem-estar físico.
- III)** O risco de ter revelada sua identidade existe, porém será minimizado através da utilização de letras do alfabeto, para a sua identificação, preservando com isso a confidencialidade das informações prestadas.
- IV)** *Casos de desconforto durante a coleta de informações pertinente a entrevista podem ocorrer. Entretanto, este será amenizado por meio da utilização de sala reservada para a realização da entrevista.*
- V)** O senhor(a) não receberá remuneração (pagamento em dinheiro) e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, por ser sua participação voluntária.
- VI)** Em casos de eventuais danos decorrentes da realização da pesquisa, será garantida indenização ao participante, conforme as leis vigentes no país.

VII) Os resultados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo e arquivados sob responsabilidade das pesquisadoras por um período de 5 anos e, após o término deste período, todos os dados serão incinerados ou deletados.

VIII) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será impresso em duas vias de igual teor, e assinado em todas as páginas, sendo que uma via é de uso das pesquisadoras e a outra via ficará com o senhor(a).

IX) Como benefício, sua participação na pesquisa poderá contribuir para a melhora do programa de controle da tuberculose no Centro de Recuperação Agrícola Sílvia Hall de Moura.

X) Será garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, sendo a responsabilidade assumida pela pesquisadora que, para qualquer informação, poderá ser encontrada nos seguintes endereços: **Marylin Neves Nogueira**, Residente na Rua Silvério Sirotheau Corrêa, 2307, bairro de Fátima, e-mail: marylin_nogueira@hotmail.com e telefone celular: (93) 99163 5838.

XI) A presente pesquisa será desenvolvida após aprovação e liberação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, localizada na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP. CEP: 05403-000. Telefone - (11) 3061 8858. E-mail: cepee@usp.br.

XII) Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Santarém, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Entrevista direcionada a equipe de saúde atuante na assistência as pessoas privadas de liberdade no Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura.

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Formação - especialidade: _____

Tempo de formação: _____

Função na equipe de saúde: _____

Tempo de serviço nesta na penitenciária: _____

Você já recebeu algum treinamento ou capacitação em relação à tuberculose? Quando? _____

Você já trabalhou anteriormente com o programa de tuberculose? Por quanto tempo? _____

Perguntas relacionadas ao conhecimento - Tuberculose:

O que é tuberculose? Como se transmite? Como se previne?

O que é um caso suspeito de TB?

Perguntas relacionadas ao Controle da Tuberculose no CRASHM:?

Quando foram implantadas as ações de controle da tuberculose no “CRASHM”?

É realizada avaliação de saúde no preso ingressante? Por quem? Quantos dias após o ingresso? O que é investigado?

É realizada avaliação de TB no preso ingressante? Por quem? Quantos dias após o ingresso? De que forma?

Como acontece a detecção dos casos de TB dentro do “CRASHM” (demanda espontânea, busca ativa)?

Quais são os procedimentos realizados em caso de suspeita de TB no “CRASHM”?

Em que momento vocês realizam a notificação na ficha de TB? Para onde vão essas fichas?

Quem realiza a coleta do exame? Para onde vai o material coletado? Quem leva? Com quantos dias sai o resultado? Nesse tempo de espera como vocês fazem com a pessoa com suspeita de TB?

Tem uma equipe específica para atender os casos de TB?

Que dificuldades você encontra para diagnosticar um caso de TB no “CRASHM”?

Quando é diagnosticado um caso de TB no “CRASHM” quem introduz o tratamento?

Como acontece o tratamento de TB durante o aprisionamento e após o livramento?

Vocês têm casos de PPL com multirresistência as drogas de tratamento da TB? Quem atende esses casos?

Como é feito o monitoramento destes tratamentos?

Quais são as dificuldades encontradas para tratar uma PPL no “CRASHM”

Quando é confirmado um caso de TB no “CRASHM” o que é feito em relação aos comunicantes (familiares, outras PPL e trabalhadores do CRASHM)?

Quantos casos de tuberculose têm no “CRASHM”? Quantos casos de HIV-aids?

Quantos PPL têm TB e também HIV?

O que você acha que contribui para que tenham muitos casos de tuberculose entre os PPL nos presídios de forma geral?

Teve ou tem algum trabalhador da penitenciária que tenha tido TB nos últimos anos? Quantos?

Perguntas relacionadas à Prevenção de Tuberculose no CRASHM:

São realizadas ações de informação, educação e sensibilização sobre TB com os PPL? E com os trabalhadores da penitenciária periodicamente?

Há participação dos PPL nas ações de controle da TB? E dos agentes penitenciários? Como funciona?

Que medidas de segurança vocês adotam em relação à tuberculose?

Quais sugestões você tem para um melhor controle da TB dentro desta penitenciária?

APÊNDICE C – TABELAS COM AS VARIÁVEIS DISCUTIDAS NO TRABALHO

Tabela 1: Perfil socioprofissional da equipe de enfermagem do CRASHM.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	4	50,0
Masculino	4	50,0
Total	8	100,0
Profissão		
Técnico de Enfermagem	6	75,0
Enfermeiro	2	25,0
Total	8	100,0
Tempo de formação		
1-5 anos	3	37,5
6-10 anos	3	37,5
16-20 anos	2	25,0
Total	8	100,0
Possui graduação		
Sim	2	100
Não	0	0,0
Total	2	100,0
Especialização		
Saúde do trabalhador	1	50,0
Saúde da Família	1	50,0
Total	2	100,0
Função no CRASHM		
Técnico de enfermagem	6	75,0
Enfermeiro da unidade	1	12,5
Chefe do setor biopsicossocial	1	12,5
Total	8	100,0
Tempo de trabalho no CRASHM		
12 a < 24meses	5	62,5
25-36 meses	1	12,5
>36 meses	2	25,0
Total	8	100,0

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pa, 2020.

Tabela 2:Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o que é a tuberculose, modo de transmissão e prevenção da doença.

ID	Definição	Transmissão	Prevenção
E1	"Doença infecciosa"	"Pelo ar através das gotículas, né!! O paciente, o doente espirrando, tossindo ou falando, principalmente em local fechado né...!!"	"Primeiro quem tá apresentando os sintomas da tuberculose têm que procurar logo o profissional da saúde, né! que aí o profissional da saúde vai avaliar né?!"
E2	"É uma doença infectocontagiosa."	"Ela se transmite através do ar digamos assim, né!!"	"Creio que haja várias formas, né! de se prevenir, tipo assim a alimentação, o local aonde a pessoa convive, os cuidados"
E3	"Cientificamente é uma infecção das vias aéreas"	"Transmitida pelas vias aéreas por aerossol, contato direto."	"Primeiramente tem que evitar o contato com a pessoa que já tem"
E4	"Tuberculose... vamos lá deixa eu puxar na minha lembrança aqui. É uma bactéria, não é um vírus transmitido pelo ar que infecta os pulmões"	"Por gotículas lançadas no ambiente"	"Acredito que através de orientação, palestra sobre tuberculose, né!!"
E5	"Tuberculose, pra mim é um vírus que afeta o pulmão."	"Através do ar, da fala, da respiração."	"Se previne usando máscara e touca."
E6.	"Ela é uma doença que é... como que eu posso dizer... que, antigamente a gente não ouvia muito falar agora está voltando né!!"	"Se transmite através da saliva né. Não é por objetos, é só pela tosse."	"Colocar máscara para tentar conversar com ele [pessoa infectada] sem ter um contato direto."
E7	"Tuberculose é uma doença respiratória né! Vários quadros respiratórios mal curado e vira uma tuberculose."	"No ar."	"...a prevenção muitas vezes é a vacinação também né, aquela que é aplicada quando nasce."
E8	"Tuberculose é uma doença respiratória, transmissível e que afeta principalmente os pulmões"	"Transmite por vias aéreas, ao tossir, ao espirrar, né!!"	"Procurar o mais rápido possível uma unidade de saúde pra tentar fazer o diagnóstico mais cedo possível."

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pa, 2020.

Tabela 3: Percepção dos profissionais de enfermagem atuantes na unidade prisional sobre caso suspeito de tuberculose.

ID	O que é um caso suspeito?
E1	<i>"A pessoa apresenta por exemplo tosse seca ou produtiva por mais de 15 dias, febre noturna, tá emagrecendo, com inapetência e sudorese"</i>
E2	<i>"Eu creio que é tipo uma gripe como costumamos chamar, gripe com mais de duas, três semanas que a pessoa já tentou curar e não houve sucesso, isso aí é um caso pra pessoa ficar alerta, procurar o médico mesmo pra prevenir"</i>
E3	<i>"Eu acho que um caso suspeito é um caso a se pensar. É um caso que deve ser analisado, principalmente lá."</i>
E4	<i>"Bom... A gente começa observando primeiro emagrecimento, Geralmente eles ficam bem puxados, uma tosse, começa com uma simples tosse e você começa a observar que aquela tosse já vai passando do período de 15 dias é um caso a se desconfiar, se não me engano."</i>
E5	<i>"É tosse há mais de 15 dias."</i>
E6	<i>"Hum... Creio que é uma pessoa que está emagrecendo muito, com uma tosse já há mais de um mês, uma tosse produtiva né! Creio que é isso."</i>
E7	<i>"Quando o paciente tem tosse mais de seis semanas com febre Frequente, ou então, se ele já tem a convivência com outro paciente que já apresentou a doença né! E começou a apresentar os mesmos sintomas."</i>
E8	<i>"É aquele caso que aparentemente tem os sintomas né!] Os sintomáticos, que os principais é a tosse produtiva ou seca, a febre no final da tarde, o emagrecimento."</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência a tuberculose numa Unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 4: Experiência prática e capacitação dos profissionais de enfermagem quanto ao programa nacional de combate à tuberculose.

ID	Capacitação	Trabalhou com o PNCTB
E1	<i>"Não, porque antes eu nem atuava na área da assistência que eu era enfermeiro do trabalho no hospital Regional, mas sempre fazia capacitações e atualizações. Só que justamente pra tá atualizado em específico pra TB não."</i>	<i>"Não! Nunca trabalhei"</i>
E2	<i>"Pequenos cursos no decorrer do tempo, desde quando eu me formei "</i>	<i>"Não. Também não"</i>
E3	<i>"Eu já trabalhei algum tempo num centro de saúde, então, a gente sempre recebia, aquelas orientações dos programas, do programa da tuberculose. Mesmo estando na SUSIPE, tinha o posto da Conquista que ele dava suporte Pra gente logo no início, e eu ficava no posto, então lá agente acabava tendo esse contato com essas informações sobre tuberculose, hanseníase, esses programas. Então, foram essas as informações que a gente recebeu."</i>	<i>"Sim....Em uma unidade de e saúde um pouco antes de vir pra cá."</i>
E4	<i>"Não, nenhuma!"</i>	<i>"Também não!"</i>
E5	<i>"Não. Ainda não."</i>	<i>"Não"</i>
E6	<i>"Que eu lembre não. Rsrs"</i>	<i>"Não"</i>
E7	<i>"Não. Ainda não."</i>	<i>"Não, só aqui mesmo."</i>
E8	<i>"Não. Ainda não."</i>	<i>"Não."</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 5: Percepção dos profissionais de enfermagem sobre as ações de Controle da tuberculose dentro do CRASHM.

ID.	Quando foram implantadas as ações de controle da Tuberculose no “CRASHM”?
E1	<i>"Não sei lhe dizer realmente. Eu fiquei apenas dois dias aqui dentro quando eu entrei, logo no 3º dia o Major me transferiu lá pra triagem e aí durante eu tá lá todo esse tempo nós não tivemos nenhum caso de tuberculose lá."</i>
E2	<i>"Não sei ..."</i>
E3	<i>"Olha, eu não sei te falar assim com tanta certeza né! Mas deve ter um ano. 'Pois o programa mesmo começou a funcionar no CRASHM quando a Unidade Básica de Saúde foi montada né! Por eles começaram a ter o próprio cadastro de lá, e começaram a pedir as medicações de lá. Antes os internos eram levados a unidade de saúde fora do presídio e lá davam a medicação e encaminhamentos"</i>
E4	<i>"Olha eu creio que aqui não tem. A gente trata, a gente cuida deles porque eles acabam apresentando os sinais e sintomas, e como a gente tem uma médica ela os encaminha para ir fazer esse controle e exames fora, e o controle que a gente tem, é de fazer o controle da entrega da medicação deles. Essa é a verdade. Aí pede o exame de escarro que é para confirma com a doutora, aí ela pode encaminhar para o infectologista e assim a gente vai fazendo, mas... aqui dentro mesmo, durante eu está aqui... do programa de TB é a primeira vez."</i>
E5	<i>"Não, não. Não estou ciente não. Eu acho que não tem."</i>
E6	<i>"Eu creio que já faz tempo né. Porque quando eu entrei aqui já tinha o programa de tuberculose."</i>
E7	<i>"No CRASHM na verdade elas não foram implantadas, o que que a gente faz é ... administra o paciente que está com tuberculose, porque até então a gente não tem nenhum programa desses dentro da casa penal, aonde há um espaço apropriado para deixar esse paciente, muitas das vezes quando ele vem de alta do hospital a gente não tem aonde deixar o paciente, então o programa não tem um local adequado para receber esse tipo de paciente."</i>
E8	<i>"Olha tem um programa que foi implantado no início do ano passado, junto ao Município que eles repassam a medicação, eles... a partir desse ano os casos de tuberculose já são notificados por aqui na Unidade, porque é uma unidade que já está cadastrada. E as ações a gente tá fazendo no início desse ano, onde Belém está mandando documentação, documentos pra poder a gente fazer essas ações."</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 6: Dados referentes a avaliação de saúde do indivíduo institucionalizado no CRASHM.

ID	É feita a avaliação de saúde do preso ingressante? Por quem? Quantos dias após o ingresso?
E1	"Sim, sim.! O enfermeiro só fica aqui de segunda a sexta, manhã e tarde. No sábado e domingo não é feito nada. Caso o preso chegue no final de semana o nome dele vai pra lista de internos que ainda não foi feita a triagem para ser feita na semana seguinte."
E2	"É com certeza. Pela própria equipe de enfermagem, normalmente é feita quando são admitidos na prisão, mas depende do dia e da hora, pois o atendimento não é direto, final de semana não fica ninguém da equipe, nesses casos é agendado quando o serviço volta ao normal."
E3	"Essa avaliação ela é feita pela enfermeira responsável pela Unidade de Saúde, os psicólogos e assistente social. É pra ser feita logo quando ele ingressa, mas assim, lá na penitenciária é tudo muito protelado, as vezes geralmente, internos ingressam a noite ou no fim da tarde fica pro outro dia."
E4	"É feita. O enfermeiro faz avaliação dele, verifica alguma coisa no exame físico dele aí encaminha para a doutora. Olha, quando os enfermeiros estão aqui, dependendo de como está o movimento aqui, na mesma hora elas chamam pra fazer, caso não tenha o prontuário o enfermeiro demora uma semana no máximo para fazer a avaliação."
E5	"Faz sim, é feito pela enfermeira e pela doutora também as vezes. Quando chega é feito a triagem dele, somente quando não dar tempo ou quando a equipe não tá que é feito outro dia."
E6	"É. Pela enfermeira do setor. Eu acho que... logo no início. É investigado... aquela tosse, a pessoa... físico né! Eu acho que é isso."
E7	"Sim, pela enfermeira chefe. Todas as perguntas são feitas sobre várias doenças. Se não é feito na hora da entrada é feito depois quando a enfermeira chama, acho que demora uma semana no máximo."
E8	"É assim, é feita pela enfermeira, assistente social, psicólogo e médico. Essa avaliação é feita só quando ele não tem prontuário, quando ele vem direto, ou é recapturado. Geralmente é feita na hora da admissão dele na instituição. Só quando não tem ninguém pra fazer que é agendado durante a semana seguinte."

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 7: Descrição sobre o processo de notificação do caso confirmado da tuberculose e encaminhamento da ficha de notificação.

ID	Em que momento vocês realizam a notificação na ficha de TB? Para onde vão essas fichas?
E1	<i>"olha, a partir da investigação ele apresenta sinais e sintomas e após a confirmação de exames ou de BAAR ou de raio-x, a gente confirma na ficha de notificação. A ficha vai pra secretaria de saúde."</i>
E2	<i>"No momento que é confirmado através de exame, tem que fazer a notificação. Em Santarém creio que tem um convenio com o Município, e seja encaminhado pro Município."</i>
E3	<i>"Olha na verdade quem faz isso é a enfermeira, essa notificação é feita por ela depois de preenche aquela ficha, mas isso quando o diagnóstico ta fechado. Eu penso que é pra secretaria de saúde do Município que ela do suporte."</i>
E4	<i>"Essa informação eu não sei lhe informar porque, é o enfermeiro que faz aqui, então eu não sei lhe informar. Secretaria de saúde pra ser liberada a medicação deles. Isso aí eu sei. Rs"</i>
E5	<i>"Essa parte é mais para a enfermeira. Manda pra Secretária de Saúde."</i>
E6	<i>"Ah, esse aí eu não sei te explicar oh" É obrigação da enfermeira chefe. Vão pro Municipal né."</i>
E7	<i>"Depois que vier positivo. A ficha é preenchida pela enfermeira e mandada pra secretaria de saúde para poder retirar a medicação."</i>
E8	<i>"Olha por enquanto a gente, no caso eu, não vir notificação nenhum, enquanto eu tô aqui. Acredito que vai para a Pra Secretaria Municipal de Saúde."</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 8: Tratamento da pessoa privada de liberdade com tuberculose durante o aprisionamento e após o livramento.

ID	Quem introduz o tratamento de TB.	Como acontece o tratamento de TB durante o aprisionamento e após o livramento?
E1	<i>"A equipe mesmo, a doutora, a enfermeira e nós os técnicos."</i>	<i>"Durante está aqui o tratamento é supervisionado pelo técnico de enfermagem, caso ele saia ainda durante o tratamento recomendamos que ele seja supervisionado pela unidade de saúde do bairro da casa dele."</i>
E2	<i>"... médico, enfermeiro."</i>	<i>"É supervisionado e dado todos os dias, aí já passa a ser responsabilidade da família, que precisa continuar o tratamento. e o próprio interno tem que continuar o tratamento na Unidade de Saúde dos bairros."</i>
E3	<i>"Quem começa é a médica ne, é a médica. Quem dá a primeira dose pra ele é a enfermeira."</i>	<i>Todo dia é repassado a medicação pra ele, eles até são bem conscientes quanto a isso. Quando saem a família é comunicada que precisam continuar o tratamento por seis meses na unidade de saúde do bairro deles."</i>
E4	<i>"A médica faz o diagnóstico e o acompanhamento é feito pelos enfermeiros. E nós técnicos também."</i>	<i>A gente os isola. E o período que eles fazem o tratamento, ele fica em uma sala próxima daqui da enfermeira, pra gente ter acesso pra levar medicação, ter a certeza que ele tá tomando a medicação....A gente chama a parte social daqui, liga pra família e orienta até determinado ponto pra ele continuar o tratamento fora."</i>
E5	<i>"A doutora e a enfermeira."</i>	<i>"A gente entrega na mão do preso, aí o preso toma.... Quando vão sair essa parte já fala com a doutora e com a enfermeira, aí ela já vai orientar o preso. Eu não vou orientar preso nenhum, já é parte da doutora já."</i>
E6	<i>"Eu acho que é a equipe toda."</i>	<i>"É a gente que faz a medicação supervisionada...quando vão embora ele é orientado a ficar fazendo tratamento e acompanhamento com algum médico de fora."</i>
E7	<i>"É o enfermeiro"</i>	<i>"As doses do remédio são supervisionadas. Quando ele é liberado a gente dá o encaminhamento para ele continuar o tratamento no posto de saúde próximo a residência."</i>
E8	<i>"O enfermeiro"</i>	<i>"A gente chama e entrega a medicação que ele ainda está fazendo o tratamento. Orienta ele a procurar Unidade Básica pra poder receber a medicação por lá."</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 9: Detecção dos casos de tuberculose dentro do CRASHM pelos profissionais de enfermagem.

ID	Como acontece a detecção dos casos de TB dentro do “CRASHM” (demanda espontânea, busca ati
E1	<i>"Não é realizada a busca ativa por medida de segurança nosso mesmo, por que eles têm que falar o que eles têm, tá entendendo? O ideal é que eles venham até nós pra gente prestar o melhor atendimento com qualidade né?! Com eficácia, por que não dá pra levar tudo pronto e por conta do risco também né".</i>
E2	<i>"Por serem muitos internos é difícil fazer a busca dentro das celas, por isso eles são orientados a procurar a enfermaria caso sintam alguma coisa, ou apresentem qualquer situação incomum, daí a enfermeira avalia e encaminha caso precise."</i>
E3	<i>"Não é feito busca ativa por causa da segurança né! então eles chegam até a gente, geralmente quando ele chega, ele já chega apresentando os sinais e sintomas febre, tosse, magreza os sintomas da tuberculose, geralmente o enfermeiro avalia ele e passa pra médica, pra médica fechar o diagnóstico, solicitar os exames e fechar o diagnóstico."</i>
E4	<i>"Olha como eu lhe disse, eles começam apresentar essa magreza essa tosse. E eles pedem pra vir com a doutora e ao chegar aqui é uma avaliação, aí a gente já solicita o exame de escarro logo."</i>
E5	<i>" É assim... ele tá doente aí vem na enfermaria, a gente faz a evolução de enfermagem e a enfermeira chefe passa para a doutora, aí ela faz as coletas de exame, e orienta sobre a coleta do Escarro"</i>
E6	<i>"Não. Eles vêm até a gente, daí é feita a avaliação e se for um caso suspeito a enfermeira pedi os exames."</i>
E7	<i>"Então, a maioria dos casos é assim, os daqui de dentro eles têm que vir se queixar né! Porque a gente não tem aquele convívio com eles dia a dia, não dar pra saber. Aí quando aparecem fazemos a investigação e se for um caso sugestivo de Tuberculose a enfermeira orienta o exame de escarro e encaminha pra médica."</i>
E8.	<i>"Se não for descoberta na avaliação deles quanto chegam, depois é só quando eles procuram a enfermaria apresentando queixas de tosse por muitos dias, daí pelo exame clínico a gente notar que pode ser tuberculose e imediatamente já pede um exame."</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 10: Casos suspeitos de tuberculose no CRASHM.

ID	Quais são os procedimentos realizados em caso de suspeita de TB no “CRASHM”?
E.1.	<i>" Colher toda a história dele, ouvir todo ele e fazer ausculta pulmonar, o médico solicita logo o raio-x né!? Pra comprovar toda radiografia e já entraria com a medicação."</i>
E.2.	<i>"O certo seria isolar logo a pessoa pra evitar a transmissão devido a celas ter muitas pessoas, essa é a nossa realidade não só de Santarém, mas de todo o Brasil, a gente tenta isolar, as vezes a gente consegue um ambiente mais arejado pra deixar ele lá."</i>
E.3.	<i>"Eles são isolados geralmente na enfermaria. Têm uma cela na enfermaria eles são isolados lá. Porque algumas vezes o paciente que está com suspeita ele é mal visto pelos internos, aí fazem isso para preservar a integridade física do interno."</i>
E.4.	<i>"Se vier a confirmação já começa o tratamento dentro do período de 48 horas se eu não me engano, já havendo o uso da medicação ele é isolado e vai fazer uso da medicação dele, a gente tem esse controle. A gente pede pro chefe de segurança que dê um jeitinho de botar eles isolados."</i>
E.5.	<i>"Exame de sangue e escarro"</i>
E.6.	<i>"São exames de escarro, né!! E o de sangue, acho que só esses."</i>
E.7.	<i>"Pelo que sei o interno é colocado em isolamento, as vezes na própria enfermaria até a confirmação do resultado, daí após isso é iniciado a medicação."</i>
E.8.	<i>"Faz consulta de enfermagem, a partir do exame clínico se for mesmo, os sintomas forem da tuberculose a gente imediatamente solicita o exame, aí depois a gente encaminha pra médica."</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 11: Percepções dos profissionais sobre o aumento dos casos de tuberculose dentro do sistema penitenciário de forma geral.

ID	O que você acha que contribui para que tenham muitos casos de tuberculose entre os PPL nos presídios de forma geral?
E.1	<i>"A falta de higiene, o tabagismo que é intenso e aglomeração, tem tudo haver, aglomeração né!? a falta de higiene entre eles e também tem. Sem falar na alimentação horrível que eles têm aqui."</i>
E.2	<i>"Como eu falei anteriormente, o próprio ambiente aonde ele vive, a quantidade de presos por cela, muitas das vezes o ambiente não é arejado e não são todos que tem aquela liberdade de sair pra tomar banho de sol... que não depende da equipe de saúde e sim direção."</i>
E.3	<i>"Essa questão da umidade, de não terem esse contato com o sol, ser um ambiente muito úmido o local que eles vivem né, um ambiente contaminado, totalmente contaminado, acho que isso é o principal né, que contribui né!"</i>
E.4	<i>"Eles fazem uso de muito cigarro né, são fumantes, usam drogas, então, as condições deles, das celas serem úmidas facilita mais ainda, porque eles apresentam baixa resistência quase todos, então, até a visita deles que tá lá fora quando vem pode passar pra eles."</i>
E.5	<i>"O Excesso de preso, comida, mofo. Tem preso que dorme no mijo entendeu. Dê uma olhada no pavilhão pra você ver como é que é lá... no 1 no 2, eu quando vou lá saio com dó de cabeça. É muito, muito, muito nojento."</i>
E.6	<i>Eu acho que é o ambiente, ambiente deles</i>
E.7	<i>"É como eu te falei... é a insalubridade o espaço é muito pequeno, muito homem acumulado numa cela de 4x4, acho que é 3x3 a cela, pequena a cela né! esgoto, a fossa aberta.....Tudo é muito úmido, muita gente, super lotada, e sem luminosidade, sem sol."</i>
E.8	<i>Eu acho assim... que pelo tempo que eu tô, teve poucos casos né. Teve 3 casos, esse primeiro que quando eu o entrei já estava no final do tratamento. Ele teve e estava na CTMS, iniciou o tratamento lá e veio pra cá mais logo em seguida recebeu o alvará e saiu, e esse último agora.</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 12: Ações de controle da tuberculose pela equipe de enfermagem dentro do CRASHM.

ID	<i>São realizadas ações de informação, educação e sensibilização sobre TB com os PPL? E com os trabalhadores da penitenciária periodicamente?</i>
E.1	<i>"Nós conseguimos fazer agora, durante eu tá aqui nós realizamos agora nesta semana, fomos em vários locais aqui, tanto para os privados de liberdade quanto para os servidores, nós conseguimos fazer essa campanha de prevenção a tuberculose..."</i>
E.2	<i>Sim. Através de orientações, como se deve prevenir, evitar certos tipos de risco, por exemplo o tabagismo, sobre o cigarro que eles fumam muito, aqueles pacotes de fumo que eles usam demais, a gente orienta pra evitar."</i>
E.3.	<i>"Olha na medida do possível eles fazem né! É feito sempre essas orientações junto a prefeitura e a SESPA, sobre TB. Mas é assim, devido à dificuldade. Não tem como tirar 15 internos pra dá um treinamento, não existe, é difícil por causa da segurança né. Então, sempre que é possível é feito, os funcionários só participam porque eles ficam vigiando os presos né! Mas especificamente pra eles nunca vi."</i>
E.4	<i>Não, não é realizado.</i>
E.5	<i>Com certeza. TB, DST. Mas nunca vir, não vou mentir. Participam, eles gostam muito. Só assistem."</i>
E.6.	<i>Para os que vão para a escolinha eles tem bastante acesso pelo fato de que a gente pode ir lá na escolinha e passar pra eles. Porque pra gente passar no pavilhão pra falar com eles é mais difícil né. Nunca vi.</i>
E.7.	<i>Sim. Nós estamos iniciando agora.</i>
E.8.	<i>Sim. Também, a gente tá iniciando esse ano.</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

Tabela 13: Sugestões dos profissionais de enfermagem para combater a tuberculose dentro das penitenciárias.

ID	Quais sugestões você tem para um melhor controle da TB dentro desta penitenciária?
E.1	<i>"seria bom ações como esta recentemente [palestra sobre TB], que fosse feito pelo menos semestralmente esse trabalho de disseminação da informação acerca da prevenção da tuberculose"</i>
E.2	<i>"Se tivesse como construir de mais celas, não iria resolver tudo, mas pelo menos, os internos ficariam com mais espaço nas selas."</i>
E.3.	<i>." Essa é engraçada. Por que não tem como ter controle sobre os internos, porque eles priorizam a segurança, acima da saúde né!"</i>
E.4	<i>"Melhorar a rede de atenção básica, não somente no presídio, mas em todas as UBS do Brasil."</i>
E.5	<i>Limpeza principalmente aí pra cima. Limpeza mesmo geral</i>
E.6.	<i>Acho que se pudesse, se sensibilizassem do ambiente deles, manter mais limpo, eu acho que seria um passo.</i>
E.7.	<i>"Eu acho que se a gente conseguisse melhorar a alimentação, e dar mais orientações seria melhoraria bastante."</i>
E.8.	<i>"Promover mais ações e informações, pra eles né, para os internos e funcionários, até para os funcionários que tem mais contato com eles lá, capacitação dos funcionários do presídio."</i>

Fonte: Dados da pesquisa Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a assistência à tuberculose numa unidade básica de saúde prisional em Santarém – Pará, 2020.

APÊNDICE D - PRODUTO TÉCNICO

Segue na outra página o produto técnico elaborado.

Guia de Boas Práticas na Prevenção e Controle da Tuberculose

SANTARÉM-PARÁ

2020

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

NOGUEIRA, Marylin Neves

Guia de Boas Práticas na Prevenção e Controle da Tuberculose / Marylin Neves Nogueira. – São Paulo. 2020. 14 p.

Guia fruto de uma Dissertação (mestrado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Programa de pós-graduação mestrado profissional em enfermagem na atenção primária em saúde no sistema único de saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek.

1. Enfermagem; 2. Assistência; 3. Diagnóstico; 4. Prevenção da Tuberculose;
I. Marylin Neves Nogueira. II. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. II. Guia de Boas Práticas na Prevenção e Controle da Tuberculose.

1. APRESENTAÇÃO.....	04
2. O QUE É TUBERCULOSE?.....	05
3. SINAIS E SINTOMAS	06
4. FORMAS DE TRANSMISSÃO	07
5. DIAGNÓSTICO	08
6. TRATAMENTO.....	09
7. PREVENÇÃO	10
8. UNIDADE BÁSICA PRISIONAL.....	11
9. FLUXOGRAMA	12
10. REFERÊNCIAS	13

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado por uma rede articulada de serviços, que agrega desde a atenção primária, até a alta complexidade. Esses serviços de saúde têm por finalidade a promoção da saúde e promover maior qualidade de vida para toda a população brasileira garantindo o acesso das pessoas a uma assistência integral à saúde com equidade.

Considerando o que diz a constituição brasileira: “Saúde é um Direito de todos e um dever do Estado”.

A atenção à saúde da população privada de liberdade (PPL) tem sido feita sob a ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas se limitam aquelas voltadas as imunizações, IST/AIDS, priorizam reduzir danos ocasionados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Apesar de haver altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas e doenças diarreicas. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social, que atente para a promoção dos direitos humanos das PPL, aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender as carências manifestadas por essa população.

2. O QUE É TUBERCULOSE?

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, causada pelo agente infeccioso (bactéria) Micobacterium tuberculosis. Foi identificada pela primeira vez pelo pesquisador Robert Koch. Devido a sua gravidade, contagiosidade e letalidade e o fato de estar diretamente associada as condições socioeconômicas é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no Mundo (BRASIL, 2019).

Micobacterium tuberculosis
Bacilo de Koch

Organismo infectado

Sintomas da doença

3. SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas da tuberculose podem ser variados, dependendo da reação imunológica do indivíduo infectado.

Sinais Clássicos

- ✓ Emagrecimento;
- ✓ Tosse seca por 15 ou mais dias.

Sintomas Clássicos

- ✓ Produção de Muco (Catarro);
- ✓ Pirexia (Febre de 37°C) de tarde;
- ✓ Sudorese (Suor Excessivo);
- ✓ Fadiga (Cansaço sem esforço físico);
- ✓ Dor no peito;
- ✓ Falta de apetite;
- ✓ Escarro com sangue, em casos mais graves.

4. FORMAS DE TRANSMISSÃO

A transmissão da tuberculose se dar por via aérea, através da exalação de gotículas (aerossóis) expelidos por uma pessoa bacilífera+ (caso fonte).

Mitos

Não ocorre a infecção por:

- ✓ Saliva;
- ✓ Talheres (colher, garfo, faca);
- ✓ Objetos;
- ✓ Roupas.

Verdade

Superlotação nas prisões

Ocorre infecção quando:

- ✓ Inalação de gotículas contaminadas através de espirro ou tosse.
- ✓ Compartilhar ambiente fechado, úmido com pouca ventilação com indivíduo sintomático respiratório.

5. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito a partir de uma abordagem passiva, através da avaliação das queixas e história clínica pregressa do paciente e outra mais incisiva, por meio da solicitação de exames específicos.

- ❖ Verificação da anamnese do paciente (histórico de doença pregressa);
- ❖ Realização de testes rápidos de HIV e Sífilis;
- ❖ Realização do exame físico:
 - Ausculta pulmonar;
 - Aferição do peso;
 - Palpação dos nódulos linfáticos (procurar dema).

Exames mais específicos

- Aplicação do PPD (teste tuberculínico);
- Exame de análise microbiológica (baciloscopia);
- Raio-X e somente em alguns casos a Tomografia de Tórax;
- Hemograma completo.

6. TRATAMENTO

Para que o esquema terapêutico antiTB seja efetivo é importante obedecer a três princípios básicos:

- Atividade bactericida precoce: é a fase inicial do tratamento, aplica-se a dose de ataque com a intensão de matar grande parte dos agentes infecciosos. Observa-se a eficácia através do exame de baciloscopia ao final do segundo mês (COURA, 2013).
- Profilaxia dos resistentes: Utilização de combinações medicamentosas diferentes, com o intuito de destruir os bacilos resistentes ao antibiótico.
- Atividade esterilizante: é a capacidade de extinguir todo e qualquer vestígio dos bacilos presentes no organismo, reduzindo a possibilidade de reincidência da doença.

PRINCIPAIS MEDICAÇÕES UTILIZADAS DE ACORDO COM SUA ESPECIFICIDADE

ATIVIDADE	PREVENÇÃO DE RESISTÊNCIA	ATIVIDADE BACTERICIDA	ATIVIDADE ESTERELIZANTE	TOXICIDADE
Alta	Rifampicina Isoniazida Etambutol	Isoniazida Rifampicina Levofloxacino Moxifloxacino	Rifampicina Pirazinamida Levofloxacino Moxifloxacino	PAS ¹ Etionamida Linezolida Outras
Moderada	Injetáveis FQN ¹ Etionamida Cicloserina PAS ¹ Linezolida	Injetáveis Linezolida Bedaquiina Delamanid	Injetáveis Linezolida Clofazimina Bedaquiina Delamanid	Injetáveis Pirazinamida
Baixa	Pirazinamida	Etionamida Pitazinamida	Isoniazida	Etambutol Rifampicina Isoniazida FQN ¹

Fonte: BRASIL (2019)

ESQUEMA TERAPÊUTICO PRECONIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ESQUEMA (Esquemas fixos em dose combinada)	PESO	UNIDADE /DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (Dose de ataque)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 ou 150/75 mg	20 a 35 Kg	1 comp. 300/150 mg ou 2 comp. 150/75 mg	4 meses (Doses de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp. 300/150 mg + 1 comp. de 150/75 mg ou 3 comp. 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp. 300/150 mg ou 4 comp. 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp. 300/150 mg + 1 comp. de 150/75 mg ou 5 comp. 150/75 mg	

Fonte: BRASIL (2019)

7. PREVENÇÃO

- ❖ **Aplicação da Vacina BCG;**
- ❖ **Busca ativa;**
- ❖ **Identificação dos sintomáticos e assintomáticos respiratórios;**
- ❖ **Diagnóstico imediato e orientação da quimioprofilaxia aos comunicantes;**
- ❖ **Promoção de ações educativas através de palestras e oficinas sobre a tuberculose.**

8. UNIDADE PRISIONAL

- ❖ A unidade desenvolverá ações de atendimento no nível da atenção primária, bem como solicitará encaminhamento para serviços assistenciais mais complexos.
- ❖ Implementar todos os programas junto à comunidade carcerária: Controle da tuberculose, Hanseníase, Hiperdia, Saúde da Mulher, Saúde bucal, Ações complementares (HIV, Sífilis, hepatites).

EQUIPE DE ENFERMAGEM:

- Realizar a Busca ativa de casos de tuberculose.
- Examinar com baciloscopia os sintomáticos respiratórios;
- **Notificar os casos novos na ficha de notificação do SINAN.**
- Iniciar o tratamento diário de forma supervisionada.
- Disponibilizar sorologia anti-HIV.
- **Registrar o caso no livro de registro interno.**

9. FLUXOGRAMA referente à admissão do interno e articulação da equipe multiprofissional diante de um caso suspeito de TB.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2019.

COURA, J. R. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. In: Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 2 ed. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2013.

ANEXO 1: PARECER SUBSTANCIADO DO CEP. **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Título: Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose no Centro de Recuperação Agrícola Silvío Hall de Moura em Santarém - PAPúblico da pesquisa: profissionais de enfermagem do CRASHM.

Pesquisador: MARYLIN NEVES NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63958417.5.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.915.910

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa da Mestranda Marylin Neves Nogueira, do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde, orientado pela Profa Dra Renata Ferreira Takahashi. A pesquisa foi motivada pela lacuna existente na produção de conhecimento sobre a avaliação de programas de controle da tuberculose no sistema penitenciário. Trata-se de uma pesquisa ação, que será desenvolvida no Centro de Recuperação Agrícola Silvío Hall de Moura (CRASHM) em Santarém, PA. Os dados serão coletados por meio de entrevista com os profissionais de saúde do sistema prisional e analisados conforme os parâmetros e variáveis descritas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011), no Manual de Intervenções Ambientais para o Controle da Tuberculose nas Prisões (2012) e no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2005). Como resultado de pesquisa, espera-se encontrar uma estratégia de controle da TB para a unidade prisional estudada.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Avaliar a implementação do programa de controle da tuberculose no Centro de Recuperação

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.915.910

Agrícola Silvio Hall de Moura.

Específicos:

Identificar os saberes e práticas dos profissionais de enfermagem sobre TB;

Conhecer o funcionamento do Programa de Controle da Tuberculose no Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura;

Verificar a prevalência e incidência de TB no "CRASHM".

Conhecer o sistema de referência e contra-referência para o controle da TB e;

Identificar as dificuldades dos profissionais de enfermagem para desenvolver as ações de controle da TB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras relatam que os riscos são de quebra da confidencialidade e de desconfortos durante a realização das entrevistas. No entanto, propõe estratégias para minimizar tais riscos.

Quanto aos benefícios, declaram que a participação na pesquisa poderá contribuir para a melhora do programa de controle da tuberculose no Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A finalidade deste estudo é obter subsídios para a proposição de uma estratégia de controle da TB dentro da penitenciária. Para tanto, pretende-se responder às seguintes questões norteadoras: Como funciona o Programa de Controle da tuberculose no Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura? Qual o conhecimento destes profissionais sobre TB? Quais e como as ações de controle da TB são desenvolvidas no presídio? Trata-se de uma pesquisa-ação cujos dados serão coletados por meio de entrevista com os profissionais de saúde do sistema prisional. Todos os profissionais serão convidados a participar. Serão incluídos aqueles com mais de 3 meses de atuação profissional no presídio. Serão excluídos aqueles que estiverem de férias ou licenciados no período da coleta de dados. Os dados serão analisados conforme os parâmetros e variáveis descritas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011), no Manual de Intervenções Ambientais para o Controle da Tuberculose nas Prisões (2012) e no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2005). Como resultado de pesquisa, espera-se encontrar uma estratégia de controle da TB para a unidade prisional estudada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: adequada

- Declaração da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará - autoriza a coleta de dados e publicação dos resultados da pesquisa

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Página 02 de 04

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.915.910

- TCLE: adequado

Recomendações:

Numerar a páginas do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_854795.pdf	23/01/2017 12:25:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	23/01/2017 12:24:36	MARYLIN NEVES NOGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	22/01/2017 21:34:26	MARYLIN NEVES NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/01/2017 16:19:33	MARYLIN NEVES NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	18/01/2017 15:45:42	MARYLIN NEVES NOGUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.815.910

SAO PAULO, 09 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

ANEXO 2: CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

Superintendência do
Sistema Penitenciário do
Estado do Pará
Diretoria de Assistência Biopsicossocial-DAB

Belém, 09 de setembro de 2016.

FLS.

PROTOCOLO: 2016/352658

INTERESSADO: CENTRO DE RECUPERAÇÃO AGRÍCOLA SILVIO HALL DE MOURA - CRASHM.

1. Vimos deferir a solicitação de viabilização do desenvolvimento do Projeto de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a ser realizado pela Sra. Marylin Neves Nogueira, contudo com algumas condições a considerar:
2. Primeiro, faz-se mister que a aluna domine as portarias que tratam sobre a atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, mais especificamente a Portaria 01/2014 do Ministério da Saúde que instituiu a PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Penitenciário – a qual o estado do Pará é signatário desde julho/2014 (data da adesão), e onde há interlocução para habilitação da unidade do CRASHM à referida Política.
3. Segundo, no que se refere a página 14 do referido Projeto, faz-se imprescindível retificação das informações contidas no presente documento, tendo em vista que não há formalização de Ação Conveniada entre o estado, por meio da SUSIPE, e o município de Santarém/PA. Ressalta-se que a citada unidade básica de saúde, situada na casa penal, existia como ambulatório e sempre prestou atenção em saúde, todavia passou por reestruturação, sendo reformada e reinaugurada em julho de 2015; assim, os procedimentos de controle da tuberculose e outros programas já ocorriam anteriormente a essa reforma. Por oportuno, informa-se que a reformulação estrutural daquela unidade de atenção à saúde, deu-se como consequência do Convenio nº107/2011 entre a SUSIPE e o DEPEN, para aparelhamento do setor de saúde da UP.
4. Sublinha-se, também, a importância da discente proceder sempre à apresentação da data ao lado da expressão “atual”, haja vista que a lotação de pessoal, o público alvo da unidade, as notificações de casos de TB, HIV, Hipertensão, etc., são fatores extremamente variáveis que exigem a exposição do recorte de tempo para sua confiabilidade.
5. Quanto à apreciação das formalidades éticas, vimos requerer que se respeite o acordado na divulgação das informações prestadas a posteriori, preservando os entrevistados e pontuando criticamente o que se tenha observado, sem que se denigre a imagem da referida instituição, mas se agregue valor à atenção em saúde prestada.
6. É o recomendado.

SANDRA MARIA MIRANDA ALVARES
Técnica em Gestão Penitenciária

ADRIANA CRISTINA PEREIRA DINIZ DA SILVA
Coordenação de Saúde Prisional - CSP

Adriana Diniz da Silva
Coordenadora Saúde Prisional
DAB/SUSIPE

Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará – SUSIPE
Rua dos Tamoios, nº 1592 - Centro - CEP 66033-172- Batista Campos
Telefone (91) 32394215 - Belém Pará – csp@webmail.susipe.pa.gov.br