



AÇÕES PARA CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO MASCULINO

CONTROL ACTIONS OF TUBERCULOSIS IN THE MALE PRISON SYSTEM

ACCIONES PARA CONTROL DE TUBERCULOSIS EN SISTEMA PENITENCIARIO MASCULINO

Lília de Medeiros Alcantara¹, Rayanne Santos Alves², Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira³, Séfora Luana Evangelista de Andrade⁴, Lívia Sales da Costa⁵, Lenilde Duarte de Sá⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer a opinião de pessoas privadas de liberdade sobre a assistência prestada para o controle da tuberculose no Sistema Penitenciário masculino. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com sete pessoas privadas de liberdade por meio de roteiro de entrevista semiestruturado, submetido à técnica análise de conteúdo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº. 0008.0.000.126-11. **Resultados:** verificou-se fragilidades nas ações de controle da tuberculose devido ao retardo do diagnóstico, ao tratamento baseado na entrega ou não do medicamento, a dificuldades no acesso aos serviços de saúde fora da prisão e à falta de conhecimento sobre a doença, o que potencializa o preconceito e estigma sobre a tuberculose. **Conclusão:** propõe-se a implementação de ações com origem em políticas compensatórias na perspectiva de que benefícios sejam assegurados aos presidiários e, no que tange ao princípio da universalidade, a saúde seja de direito, assegurada às pessoas no sistema prisional. **Descritores:** Tuberculose; Prisões; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to know the opinion of people without freedom about care given for tuberculosis control in the male Prison System. **Method:** descriptive-exploratory study with qualitative approach, performed with seven people without freedom through a semi-structure interview script, submitted to content analysis technic. The research project was approved by the Ethic Committee in Research, CAAE nº. 0008.0.000.126-11. **Results:** there were fragility in actions of tuberculosis control due to delay of diagnosis, to the treatment based in the delivery or not of the medicine, the difficulty to health services access out of prison and lack of knowledge about the disease, strengthening the prejudice and stigma about tuberculosis. **Conclusion:** it is suggested the implementation of actions with origin compensatory policies for securing benefits for the convict with respect to the principle of universality, health is right, assured the people in the prison system. **Descriptors:** Tuberculosis; Prisons; Health Education.

RESUMEN

Objetivo: conocer la opinión de personas privadas de libertad sobre la asistencia prestada para el control de la tuberculosis en el Sistema Penitenciario masculino. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cualitativo, realizado con siete personas privadas de libertad por medio de guía de entrevista semi-estructurada, sometido a la técnica análisis de contenido. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE nº. 0008.0.000.126-11. **Resultados:** se verificaron fragilidades en las acciones de control de la tuberculosis debido al retardo del diagnóstico, al tratamiento basado en la entrega o no del medicamento, a dificultades en el acceso a los servicios de salud fuera de la prisión y a la falta de conocimiento sobre la enfermedad, lo que potencializa el prejuicio y estigma sobre la tuberculosis. **Conclusión:** se propone la implementación de acciones con origen en políticas compensatorias en la perspectiva de que beneficios sean asegurados a los presidiarios y en lo que se refiere al principio de la universalidad, la salud sea de derecho, asegurada a las personas en el sistema de prisión. **Descritores:** Tuberculosis; Prisiones; Educación em Salud.

¹Enfermeira, Técnica da Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: liliaenfer2009.1@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestre, Técnica do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: rayanne-fleur@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora, Centro Universitário de João Pessoa/Unipê, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: ritaoliver2002@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Mestre, Técnica do Controle da Tuberculose e Hanseníase, Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: sefora_andrade@hotmail.com; ⁵Fonoaudióloga, Mestre, Técnica do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: liviafonoaudiologa@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Pós-Doutora, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: sa.lenilde@gmail.com

penitenciárias masculinas do município de João Pessoa-Paraíba, no período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012. A cidade de João Pessoa dispõe de oito unidades prisionais, destas, sete estão voltadas ao público masculino e apenas uma ao feminino.

Para a seleção dos participantes, foram realizados levantamento e conferência da população masculina privada de liberdade em sete unidades prisionais do presente município, notificadas com a TB no ano de 2011, mediante consultas em documentos (dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN), bem como livros de registro e consulta dos prontuários dos usuários em situação de presidiários diagnosticados com TB no serviço de referência do estado, no Complexo Hospitalar Clementino Fraga. A partir desse levantamento, foram identificados 25 presidiários, dos quais dois haviam abandonado o tratamento, sete pagavam pena em presídios de altíssima periculosidade, espaços excluídos para fazer entrevistas, e nove ainda estavam em tratamento.

Desses 25 presidiários, sete foram incluídos no estudo por atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ser consciente e orientado, em tempo e espaço, do sexo masculino, com história de tuberculose, notificado no ano de 2011, inserido no sistema penitenciário masculino do município de João Pessoa-PB e que já havia concluído o tratamento para TB no período não inferior a 6 meses do período definido para a realização das entrevistas.

Para a realização deste estudo, os pesquisadores receberam o apoio de profissionais de saúde e funcionários do presídio, os quais fizeram o primeiro contato, no intuito de facilitar o encontro entre pesquisado e pesquisador de forma segura. Quanto à apresentação dos recortes narrativos, foi solicitado aos participantes desta pesquisa escolha de nome fictício, sendo optadas as seguintes codificações: Mano, Parceiro, Moral, Brother, Boy, Figura e Maluco.

O material empírico foi coletado a partir da técnica de entrevista, utilizando-se um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram realizadas individualmente, com o uso de um gravador, em local reservado nas dependências do presídio, garantindo-se o direito ao anonimato e à privacidade dos participantes.

Para a análise do material empírico, foi empregada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin¹⁰ cuja operacionalização foi baseada em três etapas: pré-análise,

exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para as fases de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram ouvidas todas as gravações e transcritas na íntegra. Nesse processo, foram observadas a exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência dos conteúdos apanhados. Por fim, procedeu-se à análise e à discussão das categorias, fundamentadas na literatura pertinente ao tema.

Esta pesquisa teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (CEP/HULW/UFPB) (Protocolo nº 274B/11, CAAE nº. 0008.0.000.126-11), em respeito à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS)¹¹, que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes foram informados com a leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado em duas vias, após o devido esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, sua participação voluntária, garantia do sigilo de sua pessoa, além de comunicado o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que, para isso, sofram prejuízos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise do material empírico foi possível apreender dois núcleos de sentidos: (1) *tratamento e diagnóstico da TB no ambiente prisional*; e (2) *ações educativas para o controle da tuberculose no ambiente prisional*. O primeiro núcleo aborda fragilidades relacionadas ao acesso e acessibilidade do doente TB privado de liberdade aos serviços de saúde. Destacam-se: retardo do diagnóstico; tratamento baseado na entrega ou não do medicamento; dificuldades na disposição de viaturas para levar a instituições de saúde de alto nível tecnológico. O segundo núcleo trata das questões voltadas ao controle da tuberculose por intermédio das informações recebidas pelos profissionais de saúde no ambiente prisional.

♦ Tratamento e diagnóstico da TB no ambiente prisional

O controle da TB contemplado pelo PNSSP baseia-se na interrupção da cadeia de transmissão mediante busca de casos, diagnóstico precoce e adequado, e tratamento até a cura segundo as Normas técnicas para o Controle da TB.¹²

A OMS recomenda que as ações de controle da TB na prisão sejam baseadas

principalmente na estratégia DOTS, que tem como pilares o compromisso político; identificação de casos bacilíferos; quimioterapia de curta duração com acompanhamento do paciente, incluindo medicação supervisionada; suprimento regular de medicamentos e sistema de registro e avaliação, incluindo resposta ao tratamento;¹³ no entanto, observou-se que o preconizado pela OMS não está sendo executado nos presídios, uma vez que, ao serem estimulados a descrever sobre o tratamento recebido pelos profissionais de saúde na prisão, todos os presidiários referiram apenas a entrega da medicação, indicando que o tratamento adotado no sistema prisional baseia-se apenas no aspecto medicamentoso, limitando-se à entrega ou não de bacteriostáticos.

O tratamento recebido para a tuberculose na prisão não serve direito, somente eles entregam o remédio. As dificuldades que tive para se tratar foi com relação a entrega do medicamento (Moral)

O tratamento recebido para a tuberculose na prisão para lhe falar a verdade, não é esse tratamento todo não, eu não sei nem como falar. O que tinha era remédio para dor de cabeça e para tosse, ainda tomo um pouco [...] Só sei que o tratamento aqui não é adequado. (Maluco)

Sobre o tratamento recebido na prisão, todo mês vem o remédio, vem o meu comprimido que a enfermeira me passava. A dificuldade que tive de enfrentar para tratar a tuberculose, a pior foi o tratamento, pois ainda estou tomando os comprimidos. (Figura)

Os profissionais de saúde daqui correram atrás da medicação e consegui fazer o tratamento. (Boy)

Diante dos relatos, verificou-se que apenas um dos recursos da estratégia DOTS está sendo contemplado, que é o suprimento regular de medicamentos. Dessa forma, observam-se fragilidades na estratégia DOTS e nas recomendações do PNSSP. Com relação à modalidade do tratamento, verificou-se que 100% dos entrevistados realizaram o tratamento na forma autoadministrado, confirmando falhas nas medidas de controle e na não operacionalização do TDO (Tratamento Diretamente Observado).

O PNSSP orienta que o tratamento deve ser de forma supervisionada diária para todos os casos diagnosticados, como também oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados, registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose, acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos.⁹

Sabe-se que o TDO é um elemento chave na estratégia DOTS que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes ao medicamento, reduzindo os casos de abandonos e aumentando a probabilidade de cura. Logo, é desejável que a tomada observada seja diária, de segunda a sexta-feira. Porém, essa estratégia pode ser negociada com o paciente de acordo com suas disponibilidades.¹⁴

A supervisão, no contexto carcerário, deve ser realizada exclusivamente pelo profissional de saúde a fim de garantir o acesso ao serviço de saúde em casos de efeitos adversos provocados pelo tratamento; evitar que a medicação seja usada como elemento de troca e/ou de pressão; favorecer o reconhecimento da PPL como doente.⁶

As pessoas tratadas com TDO têm maior probabilidade de cura e de não evoluir para a TB-MR (tuberculose multirresistente) do que aquelas que não têm acesso a esta estratégia. Além disso, tem o poder de aproximar os profissionais dos doentes, fortalecendo o vínculo e estabelecendo a confiança entre ambos, apresentando-se também como um importante momento para esclarecer ao paciente todas as informações sobre a doença.¹⁴

O controle da TB nesse cenário pode até parecer simples: os presos vivem em ambiente restrito, dispõem de serviços de saúde, o diagnóstico e o tratamento são simples, tudo corrobora para o sucesso. Mas na realidade, os obstáculos são múltiplos, especialmente a subvalorização dos sintomas em um ambiente violento onde a sobrevivência é prioritária; a não adaptação dos serviços de saúde; a falta de recursos; dificuldade de acesso decorrentes da priorização pelas autoridades, da segurança em detrimento da saúde; e medo por parte dos profissionais de saúde em adentrar no espaço prisional propriamente dito.¹³

Outra situação que demonstra fragilidade nas ações de controle da TB no presídio diz respeito à detecção dos casos de TB por parte do serviço de saúde prisional. Nas falas dos presidiários, percebe-se que o diagnóstico está sendo realizado fora do ambiente prisional.

Eu descobri que tinha esta doença quando comecei a tossir bastante, escarrar, tive muita febre, não comia e outros fatores também. Era uma tosse seca que não parava e escarrava aquele catarro amarelo. Não teve jeito, eu falei com um agente penitenciário, aí eles me levaram até a medica e depois ao Clementino Fraga. Lá no hospital bateram o raio X, foi feito o exame

de escarro. Através disto foi detectado a doença. Achei que deveria procurar o médico para saber o que era, quando fiz o exame, constatou-se que eu era doente de tuberculose. (Boy)

Eu descobri que estava com a doença quando me levaram uma vez para fazer os exames no hospital. (Moral)

Quando o serviço de saúde do presídio não tinha condições de atender, aí a gente ia tudo para o hospital, lá para o H.U. (Maluco)

Esses relatos mostram que o diagnóstico da TB é realizado em redes de alta complexidade, quando, na verdade, deveriam ser realizados pela própria unidade de saúde do presídio. As ações de saúde no sistema penitenciário desenvolvidas intramuros são voltadas para a prevenção, promoção e tratamento de agravos à saúde, primando pela atenção integral à saúde, priorizando ações voltadas ao controle da TB e coleta de exames laboratoriais.⁶

O estabelecimento de rotinas e fluxos para exames diagnósticos devem ser definidos com a área da saúde do sistema penitenciário, com os programas estaduais e municipais de controle da tuberculose e com a rede laboratorial, de forma a garantir o fluxo das amostras, o retorno do resultado da baciloscopia em 24 horas e o início imediato do tratamento.⁵⁻⁶

Segundo a Resolução nº 11 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça, a avaliação de saúde dos presos deve ser realizada no ingresso ao sistema penitenciário, realizando-se o exame sistemático de detecção de TB. O exame deve ser realizado no máximo até o 7º dia de admissão na unidade prisional e deverá consistir em uma avaliação clínica e radiográfica do tórax. Outro ponto importante é o cuidado mais aprofundado dos que já se encontram encarcerados a fim de serem submetidos ao teste de diagnóstico da TB e busca ativa periódica. Esses procedimentos devem ser realizados ao menos uma vez por ano.⁶

As diretrizes básicas referentes ao controle da tuberculose nos presídios não são colocadas em prática. Alguns autores revelam que o exame não é realizado como rotina na maioria das prisões. Os doentes não são diagnosticados no momento da admissão, e os que adquirem a infecção dentro do presídio não são diagnosticados precocemente, o que facilita a transmissão e contaminação de outros detentos.^{13,3}

Identifica-se, ainda, diante dos relatos, falhas na operacionalização das ações pelas unidades de saúde dos presídios, visto que as mesmas deveriam ter competência para

diagnosticar e tratar prontamente os casos de TB. Segundo o Ministério da saúde, esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. Sendo assim, a busca ativa por pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta desses casos e realizada no momento da inclusão do apenado no presídio.¹⁵

Os presidiários têm dificuldades quanto ao encaminhamento a serviços de saúde, contribuindo, dessa forma, para o insucesso das ações de controle da doença na prisão. Nesse contexto, evidenciam-se falhas no sistema penitenciário referentes ao acesso à assistência à saúde.

Os encaminhamentos dados a outros serviços de saúde ficava muito ruim porque não tinha tratamento para onde nós queríamos, que era no hospital Clementino Fraga para ficarmos melhor, porque sabíamos que é uma doença muito grave. (Brother)

Depois que fiz os exames, após ter chegado ao hospital, o médico solicitou que ficasse internado, mas não deixaram ficar interno porque não tinha canto para eu ficar. Aí disseram que era para eu retornar com 05 dias, mas não me levaram para o hospital, então fiquei me tratando por aqui mesmo no presídio. (Mano)

Ainda tem muita dificuldade para você se deslocar até o hospital [...] porque não é toda hora que eles (agentes penitenciários) querem nos levar. (Boy)

Quando precisei ser encaminhado, é um negócio muito ruim. Quando tem um apenado doente lá (no presídio), aí não podia levar para nenhum canto, disseram que estava faltando escolta. (Parceiro)

O acesso vai muito além do uso ou não de serviços de saúde, inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades e saúde dos pacientes visando garantir não só a entrada como a continuidade nos serviços e a satisfação de uma necessidade de saúde.¹⁶

A população penitenciária tem direito ao acesso nas ações e serviços de saúde, sendo 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 regulamenta o SUS, e pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.⁹

No âmbito prisional, observa-se uma série de divergências pelo que é estabelecido na legislação, sendo justificado por inúmeras inadequações relacionadas a condições de vida, saúde, alimentação, falta ou escassez de transporte para os presidiários em caráter de

emergência, ou até mesmo, inexistência ou escassez de profissionais de saúde.¹⁷

Em estudos realizados sobre o conceito de acesso prevalece a ideia de que é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta.¹⁸ Na definição de acesso, Sanchez e Ciconelli concluem que quando o seu conceito é sustentado por quatros elementos principais: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, há um risco de confundir com a equidade em saúde. Na maior parte das pesquisas sobre o conceito de acesso convergem para um pensamento comum: o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde que precisa ser discutido e desenvolvido através de ações intersetoriais e transversais em todas as áreas do governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania e outros.¹⁹

Importante mencionar a distinção dos termos acesso e acessibilidade, que apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. O primeiro permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. Já acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços.²⁰ O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolutibilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.²¹

Quando a oferta de ações no sentido da prevenção, da promoção e da recuperação for insuficiente para atender às necessidades em saúde da população prisional, como no caso de situações urgentes ou de necessidade de exames, a pessoa reclusa deve ser encaminhada para atenção ambulatorial e hospitalar na rede de estabelecimentos de saúde municipal, estadual ou federal.^{6,12}

Essas fragilidades na assistência ao doente de TB, informada pelos presidiários, contribuem para o retardo do diagnóstico da TB e concorrem para o aumento no número de casos na prisão. É válido ressaltar que as falhas no diagnóstico precoce da TB podem resultar em aumento da taxa de mortalidade da doença e no desenvolvimento de urgências clínicas que elevam a taxa de internação hospitalar por TB.²²⁻²³

O retardo do diagnóstico e do início do tratamento são reflexos claros das

deficiências no sistema de saúde e isto pode ser evitado com intervenções de forma significativa para aumentar a detecção precoce de casos.²⁴ É preciso reforçar a ideia de que as pessoas presas possuem todos os direitos fundamentais e, principalmente, o direito de desfrutar dos elevados padrões de saúde física e mental.⁹

É necessário enfatizar que, diante das fragilidades evidenciadas, a saúde não é considerada um direito do detento, mas uma concessão da administração penitenciária. Segundo os relatos, a dificuldade de acesso está, na maioria das vezes, associada à vontade dos agentes penitenciários em se empenharem para responder aos clamores dos detentos que por longo tempo suplicam socorro para as suas necessidades.

Nesta compreensão, o PNSSP enfatiza a importância de ações educativas no que tange ao desenvolvimento de qualificações e sensibilização, não apenas aos profissionais de saúde, mas para todos os trabalhadores que atuam no âmbito prisional, com o objetivo de ampliar a capacidade de resolução dos problemas e de respostas às necessidades de saúde vivenciadas nos serviços e melhor lidar com o manejo das ações de controle da TB.^{24,6}

♦ Ações educativas para o controle da tuberculose no ambiente prisional

O controle da TB requer estratégias e iniciativas que promovam o diagnóstico precoce e a cura do doente. Dentre essas estratégias, reconhece-se a importância da educação em saúde. Porém, essa atividade não é rotineira dentro dos presídios. Quando indagados sobre as informações recebidas pelos profissionais de saúde, imprescindíveis para as ações de controle da TB, os detentos relataram:

Mandaram-me fazer o tratamento. (Figura)
A doutora disse que eu parasse de fumar, não se drogar, tomar o remédio direito e pronto, só isso! (Moral)
Os profissionais de saúde passaram a informação para que eu fizesse o tratamento correto porque o retorno da doença é pior do que quando vem pela primeira vez. (Boy)
As informações que recebi dos profissionais de saúde sobre a tuberculose, era para me cuidar mais, não fumar, não usar drogas, não estar em cantos assim com poeira, água suja, disseram um bocado de negócios para eu evitar, principalmente o cigarro. (Maluco)

As falas mostram que as informações prestadas pelos profissionais de saúde são limitadas, o que restringe as ações às situações de alerta em obedecer ao tratamento, além de recomendações sobre as

privações do fumo, etilismo e uso de drogas. Essa falta de interesse e não cumprimento do que é preconizado, para Sanchez e colaboradores, deve-se ao fato de os profissionais de saúde que atuam nas prisões serem poucos, mal remunerados, com contratos de trabalho precários e com grande rotatividade.²⁵

A implementação de ações para o enfrentamento da TB nos seus diferentes contextos precisa levar em conta os conhecimentos técnicos e científicos construídos acerca da TB, no entanto não pode deixar de lado as dimensões subjetivas, sociais, políticas e culturais que envolvem seu acontecer. Ela requer profissionais de diferentes áreas, o desenvolvimento de ações intersetoriais, a decisão de buscar reduzir as desigualdades sociais, melhorando as condições de vida dessas populações, além de também considerar as prioridades que envolvem subjetividades - individual e coletiva - dos atores em seus espaços cotidianos.²⁶

Para facilitar esse processo de informação, os profissionais de saúde devem receber, por ocasião de sua admissão e periodicamente, orientações adequadas sobre o controle da TB, incluindo as medidas que os mesmos devem seguir para uma melhor assistência e combate à doença. Antes de qualquer ação, é fundamental que seja feito o levantamento do perfil do grupo quanto às experiências anteriores e qualificações para, a partir desse levantamento, definir o processo de trabalho e fazer previsão para estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS).¹⁴

As fragilidades nas ações de educação em saúde são reafirmadas nos depoimentos a seguir. Os detentos demonstram não ter clareza sobre a forma de contágio da doença. Associam-na ao compartilhamento de objetos pessoais e ao uso do fumo. Raros são os que mencionam o contágio pelo ar e, quando o fazem, agregam informações do senso comum.

Eu acredito que eu peguei tuberculose fumando demais, pois peguei logo e não sabia o que eu tinha. (Figura)

Descobri que estava com a tuberculose devido as drogas porque eu passei onze dias fumando crack sem parar. (Maluco)

Eu peguei esta doença de companheiro também, comendo da mesma colher, bebendo às vezes no mesmo copo, do convívio também porque às vezes pega no ar. (Mano)

Quando estava doente de tuberculose, nesse caso, copo e colher que eu usava, tudo era separado, não deixava ninguém utilizar para que ninguém viesse a pegar a mesma. (Boy)

*Eu peguei tuberculose fumando, fumando
demais cigarro, me drogando também.
(Parceiro)*

Eu peguei tuberculose através de drogas, quando eu fumava um baseado, muitas drogas e muita fumaça no pavilhão. (Moral)

Sabe-se que a TB é transmitida de pessoa a pessoa, principalmente através do ar. A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente com TB pulmonar bacilífera lança no ar gotículas, de tamanhos variados, contendo no seu interior o bacilo.⁵ A transmissibilidade está presente desde os primeiros sintomas, caindo rapidamente após o início do tratamento efetivo. Na prática, quando o doente não tem história de tratamento anterior, nem resistência, pode-se considerar que, após 15 dias de tratamento, o doente já é considerado não infectante.¹⁷

A pesquisa revela que a maioria dos entrevistados demonstra não ter conhecimento sobre a forma de contágio. Essa situação também sugere pouco envolvimento dos profissionais da saúde do sistema prisional em realizar ações educativas direcionadas a esse público.

A prisão é uma comunidade onde todos interagem entre si e correm o risco de adoecer por TB. O desenvolvimento de programas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) é falho tanto pelo grande número de detentos quanto pela restrição da realização de atividades coletivas devido às condições ambientais e de segurança. Além disso, a ineficácia de estratégias de educação prescritivas em um meio altamente hierarquizado e que rejeita imposições (além daquelas inerentes ao encarceramento) torna necessária a busca de outras formas de abordagem. Estratégias de conscientização elaboradas com a participação dos detentos, que seriam também multiplicadores, parecem mais adequadas, porém necessita-se de grau de autonomia e consciência do seu direito à iniciativa.¹³

É de fundamental importância que os usuários sejam informados acerca de conteúdos relativos à doença, como transmissão e o tratamento. Todavia, essas informações devem ir além, incluindo aspectos sociais, ambientais, estigmas e preconceitos da enfermidade. Isso não garante que o usuário terá mudanças em seu comportamento, mas pode contribuir para que o mesmo compreenda o que ele precisa fazer para ter saúde e melhor qualidade de vida, e não apenas um saber sobre a doença, esse é o verdadeiro objetivo da educação em saúde.^{14,27}

Diante dos relatos, foi possível observar que o uso do tabagismo é uma atividade

políticas compensatórias na perspectiva de que, além da medicação gratuita, benefícios sejam assegurados aos presidiários, dando-lhes maior possibilidade de cura e da saúde e, no que tange ao princípio da universalidade, a saúde seja de direito, assegurada às pessoas doentes no sistema prisional.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Tuberculosis WHO Global Tuberculosis Report 2012. WHO Library. Genebra, Suíça; 2012.
2. Sánchez AR, Diuana V, Larouzé B. Tuberculosis control in Brazilian prisons: new approaches to an old problem. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 18]; 26(5):850-60. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/en_01.pdf
3. Nogueira PA, Abrahão RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2009 [cited 2012 Feb 03];12(1):30-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n1/04.pdf>
4. Silva GKN, Vedovello VP, Fegadolli C. Políticas e práticas da assistência farmacêutica penitenciária. UNIMEP [Internet]. 2008 [cited 2012 Feb 11];1(1):1-7. Available from: <http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/4mostra/pdfs/489.pdf>
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional do controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Barreira D, Grangeiro A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2012 June 16];41(1):4-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/apresentacao.pdf>
8. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados/MS. *Saúde sociedade* [Internet]. 2010 Oct/Dec [cited 2012 Feb 25]; 19(4):794-802. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/07.pdf>
9. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Incluir no sistema de saúde os brasileiros que cumprem pena é cumprir um direito garantido pela constituição. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa; Portugal: Edições 70; 2009.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Brasil, Ministério da justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Recomendações para Detecção de Casos de Tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Justiça; 2006.
13. Sánchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J, et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2012 Feb 12]; 23(3):545-2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/13.pdf>
14. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. 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; 2011.
16. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad de Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2012 Mar 12];20(2): 190-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
17. Arruda AJCG, Oliveira MHB, Guilam MC, Vasconcelos DIB, Costa TF, Leite, IF. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 12];7(esp):6646-54. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4803/pdf_4029
18. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 3: 260-8.
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e

tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

20. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 19];24(1):100-0. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>

21. Sá LD, Barreto AJR, Nogueira JA, Cunha FTS, Palha PF, Villa TCS. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2013 ago 22];47(5):1170-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1165.pdf

22. Souza KMJ, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in prisons: the experience of incarcerated patients. Texto contexto-enferm [Internet]. 2012 [cited 2012 July 12];21(1):17-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a02v21n1.pdf

23. Barreto AJR, Sá LD, Nogueira JÁ, Palha PF, Pinheiro PGOD, Farias NPC, et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. Rev ciência e saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 22];17(7):1875-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/27.pdf>

24. Sanchez AR, Diuana V, Larouze B. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 May [cited 2013 June 12];26(5):850-0. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/01.pdf>

25. Czeresnia D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.

26. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis: saúde coletiva [Internet]. 2004 [cited 2013 Aug 12];14(1):67-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>

27. Clementino FS, Martiniano MS, Clementino MJSM, Sousa JC, Marcolino EC, Miranda FAN. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. Rev enferm UERJ [Internet]. 2011 Oct/Dec [cited 2013 Oct 08];19(4):638-43. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a23.pdf>

28. Souza SS, Silva DMGV, Meirelles BHS. Representações sociais sobre a tuberculose. Acta paul enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 July 20]; 23(1). Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/04.pdf>

29. Souza CTV, Natal S, Rozemberg B. Comunicação sobre prevenção da tuberculose: perspectivas dos profissionais de saúde e pacientes em duas unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz. Revista da ABRAPEC. 2005; 5(1):54-0.

30. Neves SC, Rolla VC, Souza CTV. Educação em saúde: uma estratégia para minimizar o Abandono do tratamento da tuberculose em pacientes do Instituto de pesquisa clínica evandro chagas/Fiocruz. REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente [Internet]. 2010 dec [cited 2013 July 05];3(3):96-115. Available from: <http://www.ensinosaudeambiente.com.br/edicoes/volume%203/Texto7simoneneves.pdf>



Submissão: 30/05/2014

Aceito: 20/06/2014

Publicado: 01/11/2014

Correspondência

Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira
 Rua Caetano Figueiredo, 2131
 Bairro Cristo
 CEP 58071-220 — João Pessoa (PB), Brasil