



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ROSIANE DAVINA DA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE PELOS DOENTES
PRIVADOS DE LIBERDADE**

CAMPINA GRANDE-PB

2018

ROSIANE DAVINA DA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE PELOS DOENTES
PRIVADOS DE LIBERDADE**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

CAMPINA GRANDE-PB

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586e Silva, Rosiane Davina da.
Enfrentamento da tuberculose pelos doentes privados de liberdade [manuscrito] : / Rosiane Davina da Silva. - 2018.
72 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2018.

"Orientação : Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Tuberculose. 2. Prisões. 3. Pessoas privadas de liberdade. 4. Saúde Pública.

21. ed. CDD 614

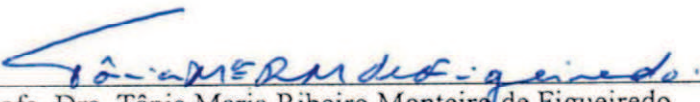
ROSIANE DAVINA DA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE PELOS DOENTES PRIVADOS DE
LIBERDADE.**


Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovado em: 18/042018

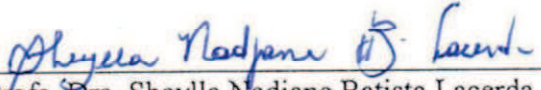
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Universidade Estadual da Paraíba
Orientadora



Prof. Dr. Sérgio D'Avila Lins Bezerra Cavalcanti
Universidade Estadual da Paraíba
Examinador 1



Profa. Dra. Sheylla Nadjane Batista Lacerda
Faculdade Santa Maria
Examinadora 2

Aos meus pais, Ademar e Davina, meu amor e
gratidão, DEDICO.

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Durante esses dois anos, só tenho a agradecer à todos os amigos que estiveram presente em minha vida e que de alguma forma me fortaleceram na consolidação desse estudo.

Á Deus, por ter me abençoado em todos os dias da minha vida, por ter permitido a realização desse sonho e pela paz nos momentos que me encontrei incapaz de prosseguir, grata também por me presentear com pessoas tão maravilhosas.

*Á minha querida orientadora, **Dra. Tânia Ribeiro**, a qual tenho grande admiração e orgulho. Agradeço pela confiança, amizade, paciência, dedicação, conselhos, apoio nos momentos difíceis e por sempre se fazer presente na minha vida, seus ensinamentos, orientações e incentivos foram essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional.*

*Aos meus amados pais **Ademar Antonio** e **Davina Josefa**, por todo amor, carinho, dedicação e proteção, os senhores representam as maiores bênçãos da minha vida, tenho orgulho de ser sua filha e sou profundamente grata a Deus por isso, obrigada por sempre me incentivarem a ir mais além e dar continuidade aos estudos, sem vocês nada disso seria possível.*

*Á minha família, em especial aos meus queridos irmãos: **Rodrigo, Adriana, Rafael, Renato, Adeilda, Rosane** e **Gabriel**, pelo incentivo e amor incondicional. Amo vocês.*

*Ao meu afilhado **Francesco Brendo**, dono do riso mais gostoso e relaxante, a dinda ama demais esse pequeno, e aos meus compadres **Dalvanice** e **Brandin** por sempre me apoiarem e por serem tão especiais em minha vida.*

*Á minha amiga **Fernanda Darliane**, um anjo que Deus permitiu que eu conhecesse, obrigada por estar presente em mais uma etapa da minha vida me incentivando a ir além e por todo apoio quando mais precisei, sou grata também por todas as contribuições e sugestões que enriqueceram o conteúdo intelectual deste estudo.*

*Aos meus amigos irmãos **Aguinaldo Araújo** e **Livia Borralho**, meus preciosos, não tenho nem palavras para expressar o quanto vocês foram imprescindíveis nessa fase, obrigada pelo apoio incessante e pelas suas inestimáveis contribuições. Amo vocês!!!*

*Aos amigos do **Grupo de Pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde**, que me inspiram diariamente na luta contra a tuberculose, em especial à **Pedro Victor** por anos de apoio na pesquisa, à **Talina Carla** e **Mayrla Lima** por terem me conduzido nos primeiros passos como pesquisadora, à **Valdizia Mendes, Mairla Rhayana, Rafaela Valentim, Kelle***

Karolina, Tatiane Ramos, Islândia Oliveirae Lavinia Dayelle pelas trocas e aquisições de saberes.

Á **Aline Luz**, por todo apoio e incentivo, amiga você é um espírito de luz que contagia a todos com sua alegria, obrigada por ter me fortalecido nos momentos difíceis.

Á **Ana Caroline**, por todo seu entusiasmo em colaborar com a tradução dos resumos.

Aos professores da banca de exame de qualificação, **Dra. Sheylla Nadjane e Dr. Sérgio D'ávila**, por suas importantes contribuições na arguição do estudo.

À **professoras Dra. Paula Hino e Dra Maria Rita Bertolozzi** por suas valiosas contribuições no conteúdo intelectual do estudo.

Ao **professor Dr. Edwirde Luis**, pelos ensinamentos e contribuições na produção dos mapas do estudo.

Aos **Colegas do mestrado em saúde pública**, pelo apoio e companheirismo durante essa jornada, em especial a **Tatiana Palitot e Mona Laura**.

Aos **docentes do Mestrado em Saúde Pública** por todos os ensinamentos, trocas e aquisições de conhecimentos.

Ao **PROPESQ** (Programa de Incentivo a Pós-Graduação e pesquisa) da Universidade Estadual da Paraíba, pelo financiamento da pesquisa.

À **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa.

À **Secretaria Estadual de Saúde** (Programa Estadual de Controle da Tuberculose) e à **Secretaria Estadual de Administração Penitenciária** pelo auxílio na coleta de dados.

Aos **profissionais da Penitenciária Desembargador Sílvio Porto** pela contribuição na coleta de dados.

Aos meus amigos que sempre estiveram torcendo por mim, **Érica Santos, Maria Eugênia, Islanya Pimentel, Karla Mychelly, Marília Wedella, Raquel Roberta, Juliano Marcelo, Juliana Maria, Maria Socorro, Juliana Juvêncio, Lourdes Juvêncio, Mércia Batista, Ivonete Bento, Andreia Ferreira, Raissa Silva, Cindy Fernandes, Edinaldo Souza e Vandiarra Moreira**, é difícil expressar meus sentimentos em palavras, mais sou muito grata por ter vocês em minha vida e por todos momentos de revitalização, descontração, risadas, conselhos e apoio. Amo vocês!!!

Aos **doentes privados de liberdade** que participaram deste estudo, dando-lhe forma e conteúdo.

Enfim, agradeço a **todos** os amigos, alguns não mencionados ao longo dessas páginas, mas que são essenciais na minha vida, com vocês brindo e compartilho desse trabalho.

Gratidão!

*“O povo que subjuga outro, forja suas próprias
cadeias.”*

(Karl Marx)

SILVA RD. **Enfrentamento da tuberculose pelos doentes privados de liberdade**. Campina Grande-PB. 72p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual da Paraíba, 2018.

RESUMO

Introdução: A tuberculose persiste como um grave problema de saúde pública nas prisões do mundo. No ambiente prisional o cotidiano do doente é marcado por inseguranças, estigmas, medos e limitações impostas pela situação de encarceramento que acontece em meio a um cenário hostil e violento. Assim, para lidar com a doença nesses espaços é imprescindível conhecer as singularidades dos doentes, a influência das relações interpessoais e as necessidades em saúde durante o processo de enfrentamento da tuberculose.

Objetivo: Compreender a vivência dos doentes privados de liberdade no processo de enfrentamento da tuberculose.

Metodologia: Delineou-se um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido em um complexo penitenciário masculino, situado no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, Brasil, em outubro de 2017. A amostra censitária incluiu todos os 16 reclusos que estavam entre o quarto e o sexto mês de tratamento antituberculose. Os dados foram coletados na unidade penitenciária por meio de uma entrevista estruturada áudio gravada e analisados por meio da abordagem hermenêutica dialética. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o número: 52879215.4.0000.5187.

Resultados: O adoecimento da tuberculose nas prisões altera drasticamente o cotidiano do doente e sua relação com seus pares, o doente tende a ser segregado do seu meio social em decorrência do estigma e do medo que seus contatos têm de serem infectados, tal situação influencia negativamente no enfrentamento da doença e causa grande sofrimento emocional para o doente, além disso, o diagnóstico desperta sentimentos negativos como a tristeza, angústia e medo da morte, especialmente pelas limitações impostas pelo confinamento determinadas pelas fragilidades da estrutura física, como celas lotadas, úmidas e mal ventiladas, carências nutricionais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, o sofrimento é suavizado pela crença religiosa, vontade de viver e apoio dos companheiros de cela e profissionais de saúde, fatores que auxiliam o doente a enfrentar o tratamento. A informação em saúde sobre a tuberculose foi destacada como aspecto positivo na consecução do tratamento, pois quando os doentes e seus pares são elucidados sobre a tuberculose, estigmas e preconceitos são superados e a relação interpessoal é restituída. Além disto, foi possível identificar que a interação com os profissionais de saúde estava relacionada mais à entrega da medicação, alguns doentes estavam satisfeitos com a assistência prestada e outros insatisfeitos em decorrência do vínculo enfraquecido e das necessidades de saúde.

Considerações finais: Para auxiliar os doentes no enfrentamento da tuberculose, um cuidado mais humano e centralizado nas necessidades e singularidades de cada ser deve ser considerada.

Palavras Chave: Tuberculose; Prisões; Prisioneiros; Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis persists as a serious public health problem in prisons around the world. In the prison environment, the daily life of the patient is marked by insecurities, stigmas, fears and limitations imposed by the situation of incarceration that happens in the middle of a hostile and violent scenario. Therefore, to deal with the disease in this scenario, it is indispensable to know the singularities of patients, the influence of interpersonal relationships and the health needs during the process of coping with tuberculosis. **Objective:** To understand the experience of the patients deprived of liberty in the process of coping with tuberculosis. **Methods:** Exploratory descriptive study with a qualitative approach, developed in a male penitentiary complex, located in the municipality of João Pessoa, capital of the State of Paraíba, Brazil, and carried out in October 2017. The census sample included all 16 inmates who were among the fourth and the sixth month of anti-tuberculosis treatment. The data collection in the penitentiary unit was through a recorded audio interview and analyzed through the dialectical hermeneutic approach. This study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Paraíba under the number: 52879215.4.0000.5187. **Results:** To be sick of tuberculosis in prisons dramatically changes the daily life of the patient and the relationship with the peers, the patient tends to be segregated from the social environment due to the stigma and fear that his contacts have to be infected, such situation has a negative influence on the confrontation of the disease and causes great emotional suffering for the patient. Moreover, the diagnosis arouses negative feelings such as sadness, anguish and fear of death, especially due to limitations of the confinement determined by the weaknesses of the physical structure, such as crowded, moist and poorly ventilated cells, nutritional deficiencies and difficulties in accessing health services. On the other hand, suffering is softened by religious belief, the will to live and support of cellmates and health professionals, factors that help the patient to face the treatment. Health information on tuberculosis has been highlighted as a positive aspect in achieving treatment, because when patients and their peers are elucidated about tuberculosis's stigmas, prejudices are overcome, and the interpersonal relationship is restored. In addition, it was possible to identify that the interaction with health professionals was more related to medication delivery, therefore some patients were satisfied with the care provided, and others were dissatisfied due to the weak bond and the health needs. **Conclusion:** To assist patients in the confrontation of tuberculosis, a more humane and centralized care of each individual's needs and singularities should be considered.

Keyword: Tuberculosis; Prisons; Prisoners; Public Health

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1. Características gerais dos sujeitos entrevistados.....	31
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
E	Etambutol
H	Isoniazida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPL	População Privada de Liberdade
R	Rifampicina
SEAP	Secretaria Estadual de Administração Penitenciária
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
Z	Pirazinamida

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa do Brasil, com destaque para a região Nordeste, Estado da Paraíba e município de João Pessoa.....22

ARTIGO 1

FIG 1.Brasil, com destaque para a região Nordeste, estado da Paraíba e município de João Pessoa.....29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	14
1.1.1 ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE.....	14
1.1.2 PROBLEMÁTICA DA TUBERCULOSE NAS PRISÕES.....	16
2 PERGUNTA.....	20
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVOS GERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4 MÉTODOS.....	22
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	22
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	22
4.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	23
4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	23
4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5 RESULTADOS.....	26
5.1 ARTIGO 1. Percepção dos doentes privados de liberdade sobre o enfrentamento do tratamento da tuberculose: Um estudo qualitativo.....	26
5.2 ARTIGO 2. Influência das relações interpessoais no enfrentamento da tuberculose: percepção dos privados de liberdade.....	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES.....	64
APÊNDICE A– Instrumento de coleta de dados.....	65
APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	66
ANEXOS.....	67
ANEXO A – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa.....	68
ANEXO B- Autorização de utilização dos dados da pesquisa.....	71
ANEXO C- Autorização para a realização da pesquisa nos presídios.....	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1.1 ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é uma doença milenar negligenciada¹ representada socialmente não apenas como um fenômeno de des(ordem) biológica, mas, como um evento social interligado ao contexto histórico e cultural vivenciado pelos indivíduos.²

Até o século XX a doença era tida como incurável e de acordo com a época vivenciada despertava diversos sentimentos quanto a sua superação.³ Até meados do século XIX, repercutia no imaginário social a ideia de que a TB estava relacionada ao modo de vida dos sujeitos, fruto de um comportamento amoral e desregrado, em desacordo com as normas e valores vigentes da sociedade, esse processo fez com que o doente fosse socialmente digno de censura e contribuiu para o processo de estigmatização da tuberculose e do “tuberculoso”.⁴

Ainda no século XIX, os doentes pobres que viviam em situações de extrema miséria foram ignorados. A doença adquiriu um status de nobreza e trazia consigo uma aura de excepcionalidade romântica, associada a genialidade artística e a um estilo de vida boêmio, muito comum entre os intelectuais e artistas. Esse perfil era condizente com as expectativas e valores morais da época.^{3,4}

No entanto, com o auge da revolução industrial, à medida que o capitalismo avançava, a burguesia sentia a necessidade de se fortalecer para controlar a classe trabalhadora, desta forma, preservar a saúde e a hereditariedade era fundamental, intensificou-se assim o combate a TB.³

Com o esgotamento da sensibilidade romântica da doença, a TB passou a representar o último estágio da miséria humana,⁴ e desde então, a doença apresenta estreita ligação com a pobreza refletida em precárias condições de vida e de acesso às ações de saúde.⁵

Para a Organização Mundial de Saúde,⁶ destaca-se além das desigualdades sociais, o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), os grandes movimentos migratórios e o envelhecimento da população como um dos maiores obstáculos para a persistência da TB no mundo.

Como observado, a persistência da TB como problema de saúde pública está intrinsicamente associada as condições de vida da população, os altos índices epidemiológicos

da doença se concentram em locais com alta densidade demográfica, insegurança alimentar, precárias condições de infraestrutura, moradias insalubres, abuso de drogas, comorbidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde.⁷

Diante desse quadro, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) nomeou como população vulnerável ao adoecimento por TB, as pessoas privadas de liberdade (PPL), as que vivem em situação de rua, as pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a população indígena.⁸

Afim de garantir o diagnóstico e tratamento precoce para os doentes com TB, o PNCT priorizou a descentralização das ações de controle da doença para atenção primária à saúde (APS) que programaticamente caracteriza-se como a principal porta de entrada para os casos da doença,⁸ especialmente na forma pulmonar, já que o diagnóstico da forma extrapulmonar, geralmente, é obtido nos níveis de atenção secundária e terciária, por ser mais complexo e apresentar sintomas atípicos que acabam sendo confundidos com outras enfermidades.¹⁰

Assim, a TB pode acometer vários órgãos e sistemas, entretanto a forma pulmonar bacilífera é a mais preocupante por transmitir a infecção e subsequente contribuir com os altos índices epidemiológicos da doença. A sintomatologia clássica da forma pulmonar incluem a tosse que pode ser seca ou produtiva (com muco e eventualmente sangue) num período igual ou superior a três semanas para a população geral e 2 semanas para a população vulnerável, sudorese noturna, emagrecimento repentino e febre vespertina. A sintomatologia da forma extrapulmonar varia de acordo com o órgão afetado.⁸

A principal estratégia para o diagnóstico precoce da TB pulmonar é a busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) que consiste em: interrogar os indivíduos sobre a presença e duração da tosse nos serviços de saúde ou comunidade, encaminhar os SR identificados para a realização da baciloscopia, estabelecer fluxo para conduta nos casos positivos e negativos, solicitando exames como radiografia de tórax, cultura de escarro e testagem anti-HIV, conforme preconizado, e iniciar e acompanhar precocemente o tratamento nos casos confirmados.⁸

Quanto ao tratamento da TB, o advento da moderna quimioterapia consagrou-se na década de 60,³ e desde então, foram padronizados os esquemas terapêuticos pelo PNCT. Atualmente, o tratamento básico consiste em uma tomada diária de antibióticos de alta eficácia em dose fixa combinada por seis meses consecutivos, divididos em duas fases, a fase de ataque com uso de Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E) nos primeiros dois meses de tratamento e RH nos quatro meses subsequentes, existem outros esquemas indicados na presença de farmacoresistência ou intolerância medicamentosa.⁸

Para Silva e colaboradores,² a adesão ao tratamento transcende a ingesta medicamentosa, pois integra um processo dinâmico e multidimensional que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e requer no seu enfrentamento a corresponsabilidade partilhada entre os doentes, seus pares e equipe de saúde.

Nesta perspectiva Bertolozzi¹¹ conceitua que a adesão ao tratamento não está associada apenas a um ato de volição pessoal, mas, sobretudo, às condições de vida, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade, que podem por sua vez aumentar a vulnerabilidade do indivíduo em aderir ou não a terapêutica.

A não adesão ao tratamento da doença pode culminar com o abandono terapêutico e com a elevação dos índices de droga resistência, insucesso terapêutico e óbito,¹² dentre os aspectos que prejudicam a adesão terapêutica, destaca-se a longa duração do tratamento, reações medicamentosas associada a melhora clínica nos meses iniciais, estigma social e individual, falta de conhecimento sobre a doença, alcoolismo, comorbidade, falta de apoio interpessoal e dificuldade de acesso aos cuidados de saúde.^{13,14,15,16,17,18}

Por outro lado, os doentes se sentem mais encorajados a concluir o tratamento quando se sentem apoiados por seus pares e sentem que suas necessidades de saúde foram compreendidas, por isso a importância do Tratamento Diretamente Observado (TDO) que consiste na supervisão da tomada da medicação e construção de vínculos entre os doentes profissionais de saúde e familiares.^{2,17,19,20}

Além disso, o TDO constitui um espaço privilegiado para a realização de ações educativas em saúde que visam elucidar as questões envolvendo a TB, em vistas a superação de estigmas e empoderamento dos indivíduos para serem corresponsáveis na luta contra a enfermidade. Além disso, o recebimento de auxílios de proteção social tem potencializado a adesão ao tratamento.^{18,20}

1.1.2 PROBLEMÁTICA DA TUBERCULOSE NAS PRISÕES

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de elevada magnitude e importância global. No mundo, em 2016, foram registrados cerca de 10,4 milhões de novos casos da doença e 1,3 milhão de óbito, e estima-se que um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e em risco de desenvolver a doença.

No Brasil, em 2017, foram notificados 69.569 casos novos de TB o que corresponde a uma incidência de 33,5 casos para cada 100.000 habitantes,²² suficiente para manter o país na lista dos 30 países com alta carga da doença.²³

Um dos desafios para o controle endêmico da TB é a alta incidência entre a PPL.²⁴ Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS),²⁵ a incidência mundial de TB entre as unidades penitenciárias chega a ser 100 vezes superior à população geral. No Brasil, que tem a 4ª maior população prisional do mundo (726.712 presos),²⁶ a incidência da doença entre os internos é 28 vezes superior à população livre.²⁷

Nos últimos anos, tem se observado no Brasil, um aumento nas taxa de ocupação prisional (197%) sem a consequente adequação da estrutura física e de recursos humanos nas penitenciárias.²⁶ O que torna esses ambientes favoráveis a disseminação da TB.^{28,29,30}

Já que a TB é uma doença de fácil transmissão aérea e as configurações dos presídios atuais facilitam sua propagação, em decorrência do confinamento dos prisioneiros em celas superpulosas, úmidas, mal ventiladas e ensolaradas, submetidos a precárias condições sanitárias e nutricionais, associado a coabitação prolongada de internos infectados e hospedeiros imunodeprimidos.^{30,31,32} Além das dificuldades de acesso às ações preventivas de saúde, ao diagnóstico e ao tratamento da doença em tempo oportuno.³³

Outro aspecto que contribui com a alta incidência da TB nas prisões é o perfil das pessoas privadas de liberdade, com predominância do sexo masculino, baixo nível escolar e econômico, hábitos de vida prejudiciais à saúde como o uso de drogas ilícitas e antecedentes de encarceramento, alta prevalência de infecção pelo HIV e a falta de conhecimento sobre a doença.³⁴

Tais aspectos elevam a vulnerabilidade ao adoecimento por TB que aliado ao acesso limitado aos cuidados de saúde, ao estigma e ao não reconhecimento dos sinais e sintomas pelos PL, podem comprometer a busca pelo diagnóstico e a adesão ao tratamento da doença.³⁶

O retardo do diagnóstico somado a alta rotatividade dos prisioneiros entre unidades prisionais configuram-se como desafios enfrentados para o controle da TB, por favorecer a propagação da doença, a elevação dos índices de farmacoresistência, insucesso terapêutico e até mesmo o óbito.^{33,34} Nesses locais, o potencial de transmissão da doença, não se limita apenas a PPL, mas acomete também a população livre com que se relacionam.²⁸ Desta forma, evidencia-se a importância do diagnóstico e tratamento precoce como estratégia prioritária para o controle da TB.²⁵

Com a finalidade de reduzir a transmissão da TB nos presídios, diretrizes internacionais e nacionais orientam a triagem da TB no ingresso da PPL nas prisões e anualmente, além de melhorias nas condições ambientais, supervisão do tratamento e conscientização da PPL e servidores penitenciários sobre a problemática das doenças infecciosas.²⁷ Contudo, estas práticas são incomuns nas penitenciárias brasileiras,³⁷ o que pode indicar uma incidência subestimada, devido a dificuldades na detecção dos casos.^{38,39}

Diante desta situação o Plano Nacional para o controle da tuberculose,⁴⁰ publicado em 2017, pelo Ministério da Saúde (MS), em seu pilar 1, objetiva otimizar a detecção dos casos de TB, oferecer tratamento oportuno visando a integralidade do cuidado, promover o cuidado aos casos de TB de forma intersetorial com a participação da assistência social, educação, justiça, direitos humanos, entre outros e promover discussões entre gestão e sociedade civil sobre o enfrentamento da doença, afim de estabelecer ações comunitárias que mobilizem a sociedade para o enfrentamento da TB, com prioridade para as populações vulneráveis, à exemplo da PPL.

É importante destacar que a saúde da PPL é um direito assegurado por leis internacionais e nacionais.^{41,42} Neste contexto, destaca-se a portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 que aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover atenção integral à saúde da população carcerária por meio de ações e serviços intersetoriais que tenham a finalidade de promover a saúde desse público e contribuir para a redução e controle de agravos a saúde como a tuberculose, com prioridades à busca ativa dos SR, diagnóstico e tratamento precoce e proteção dos contatos.⁴³

Deste modo, é importante que o Estado garanta as PPL o acesso as ações e serviços de saúde e melhorias nas condições sanitárias.⁴⁴ No entanto, evidencia-se que a assistência à saúde nas prisões em sua maioria é de natureza prescritiva relacionada ao mérito da PPL e ao direito a ela concedido.⁴⁵

Neste cenário, aspectos sociais e políticos são os principais obstáculos enfrentados para o controle da TB, a inércia estatal e o contexto sociocultural dos presidiários marcado por discriminação, preconceito e estigma que tanto a situação de presidiário acarreta, quanto à doença em si, resulta em uma segunda pena para muitos detentos no Brasil.³¹

Nesta perspectiva, Santos e Sá,⁴⁶ postulam que nas prisões a experiência do ser doente com TB é vivenciado de forma singular em seu modo inautêntico de ser, pois para o doente é difícil aceitar e lidar com a TB em um ambiente tão perigoso e violento, isso por que a TB altera o modo de vida dos sujeitos e suas relações com seus pares em decorrência do estigma, discriminação e exclusão social oriundos da doença.

Ademais, o doente sofre outras limitações referentes aos cuidados de saúde e inadequações físicas e sanitárias dos presídios, o que faz com que a vivência do doente privado de liberdade não ocorra em um cotidiano qualquer, mas em uma singularidade característica desses ambientes.⁴⁷

Nesse contexto, para a promoção da saúde no âmbito penitenciário, é crucial que os envolvidos busquem compreender o contexto social vivenciado pela PPL e sua percepção sobre o processo de enfrentamento da doença, em vista ao “*atendimento centralizado e centrado no paciente*”, que é um dos principais componentes da estratégia pós 2015, para o controle epidemiológico da TB.⁴⁸

2 PERGUNTA

- ✓ Como os doentes privados de liberdade vivenciam o processo de enfrentamento da tuberculose?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Compreender a vivência dos doentes privados de liberdade no processo de enfrentamento da tuberculose.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conhecer a percepção dos doentes privados de liberdade sobre o enfrentamento da tuberculose.
- ✓ Analisar a percepção dos doentes em situação prisional sobre a influência das relações interpessoais no enfrentamento da tuberculose.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Delineou-se um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa.

Para Minayo⁴⁹ a abordagem qualitativa é capaz de tecer uma interpretação mais profunda do fenômeno explorado, pois considera que o sentido do discurso reflete a realidade social do sujeito e integra a dinamicidade da vida e tudo que acontece nela.

Assim, estudos qualitativos buscam desvelar os sentidos e significados dos fenômenos que envolvem a existência humana e suas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes.⁵⁰ Tal abordagem se encaixa na finalidade do presente estudo que é de compreender a percepção dos sujeitos privados de liberdade sobre o processo de enfrentamento da tuberculose, ainda pouco conhecido.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um presídio de segurança máxima situado no município de João Pessoa (Figura 1), capital do estado da Paraíba, escolhido por conter o maior número de casos de TB em tratamento. A referida Unidade Penitenciária tem capacidade para abrigar 600 presos condenados pela Justiça a cumprirem pena em regime fechado, no entanto, atualmente está superlotada contando com aproximadamente 1299 privados de liberdade.⁵¹



Figura 1. Mapa do Brasil, com destaque para a região Nordeste, Estado da Paraíba e município de João Pessoa.

João Pessoa, está situado na microrregião do Litoral paraibano, na porção mais oriental das Américas, o município representa o principal centro financeiro e econômico do Estado, com um IDH de 0,763. É o município mais populoso da Paraíba, com uma população estimada para 2017 de 801.718 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 211.475 km², organizados em 65 bairros.⁵²

João Pessoa possui seis complexos penitenciários que comportam 6.762 privados de liberdade. Todas as penitenciárias do município possui equipe de saúde prisional.⁵¹

No tocante ao setor saúde, o município apresenta uma rede estruturada de serviços de saúde distribuídos em 5 Distritos Sanitários e 208 estabelecimentos com atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS),⁵² importante referência para outros municípios da Paraíba e estados brasileiros. Segundo a divisão geopolítica administrativa estadual, o município é sede do primeiro Núcleo Regional de Saúde (NRS) e abrange 65 municípios do estado.⁵³

As ações de controle da TB são desenvolvidas por aproximadamente 181 equipes de saúde da família, distribuídas em 125 Unidades Básicas de Saúde,⁵² com suporte do nível terciário pelo Hospital Clementino Fraga, referência estadual para encaminhamento de pacientes com doenças infectocontagiosas.

4.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo compreenderam todos os doentes em situação prisional que estavam entre o quarto e o sexto mês de tratamento da tuberculose.

Crterios de Inclusão: Doentes com capacidade de comunicação e compreensão preservada.

Crterios de Exclusão: Doentes que no período da coleta de dados encontraram-se hospitalizados, transferidos para outras prisões que não integram o estudo ou em liberdade.

4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para compreender a percepção dos sujeitos sobre o enfrentamento da tuberculose em ambiente prisional, foi elaborado uma entrevista com roteiro estruturado (Apêndice A), composta por questões objetivas para a caracterização dos sujeitos e questões subjetivas que foram áudio gravadas, com base nas seguintes perguntas: “Fale sobre a experiência de ser doente com tuberculose na prisão; fale sobre a assistência prestada pelos profissionais de

saúde durante o tratamento da tuberculose; fale sobre a convivência com os companheiros de cela durante o processo de enfrentamento da tuberculose e fale sobre como ficou o relacionamento com os familiares após o adoecimento por TB”.

4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Previamente a coleta de dados, foram encaminhados os ofícios para a Secretaria Estadual de Saúde (Programa Estadual de Controle da Tuberculose), Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) e a Coordenação de Saúde do Sistema Penitenciário da Paraíba, com a finalidade de informar o conteúdo da pesquisa e solicitar autorização para o início da coleta dos dados.

Além disso, foi solicitado a Secretária Estadual de Saúde, o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) da Tuberculose do Estado da Paraíba, a fim de identificar a unidade penitenciária com mais casos de TB em tratamento, do qual foi extraído uma lista com o nome de cada doente privado de liberdade da penitenciária selecionada, para facilitar a composição da amostra censitária.

Ademais, foi realizado o treinamento com os pesquisadores para a condução da entrevista e uso dos gravadores.

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2017, nas salas de aulas da unidade penitenciária, conforme orientação do diretor do presídio, as entrevistas foram realizadas de forma individual e privativa, com a participação do entrevistador-entrevistado e duraram em média 15 minutos.

Os depoimentos foram transcritos na íntegra por pares e armazenados em um documento no formato *Microsoft Word 2010*, e em seguida analisados a luz da hermenêutica dialética, que constitui segundo Minayo⁵⁰ “o caminho do pensamento”, que se refere ao modo como o pensamento produz a ação.

A hermenêutica busca a compreensão da própria existência do ser no mundo e está intimamente relacionada a intersubjetividade que é a capacidade de se colocar no lugar do outro. O entendimento hermenêutico dedica-se a interpretação dos sentidos contidos em textos, depoimentos e narrativas, no qual a linguagem é seu núcleo central e cuja apreensão não se dissocia da práxis, ao considerar o discurso dos sujeitos no contexto sócio histórico em que é produzido, sua articulação com a lógica dialética realiza-se pela troca de impressões, ideias e significados expressos pelos diferentes discursos, os quais evidenciam os fenômenos

sociais na dinamicidade de suas produções. O pensamento dialético se propõe a criticar e apreender os fatos contraditórios existentes nos discursos.⁵⁰

A união desses conceitos possibilita a compreensão de como os fatos se expressam e acontecem, em face da subjetividade dos indivíduos no contexto social vigente e o entendimento da realidade revelada no discurso, configurando-se como um importante recurso em pesquisas qualitativas, uma vez que, ambas valorizam a complementariedade e divergências presentes nos depoimentos analisados.⁵⁰

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “A tuberculose e a coinfeção TB-hiv/Aids na população privada de liberdade”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), número do CAAE 52879215.4.0000.5187 (Anexo A) e financiado pelo Programa de Incentivo a Pós-Graduação e Pesquisa da UEPB (Edital da PROPESQ 2015),⁵⁴ o seu desenvolvimento ocorreu em conformidade com as normas e diretrizes exigidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta às pesquisas que envolvem direta ou indiretamente seres humanos no Brasil.⁵⁵

Todos os participantes aceitaram participar da pesquisa e após serem esclarecidos sobre a condução do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

PERCEPÇÃO DOS DOENTES PRIVADOS DE LIBERDADE SOBRE O ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE: UM ESTUDO QUALITATIVO

PERCEPTION OF PATIENTS PRIVATED OF LIBERTY ON TUBERCULOSIS FACING: A QUALITATIVE STUDY

RESUMO

OBJETIVO: Conhecer a percepção dos doentes privados de liberdade sobre o enfrentamento da tuberculose. **MÉTODOS:** Estudo qualitativo, desenvolvido em um complexo penitenciário masculino situado no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, Brasil. A amostra censitária foi composta por todos os doentes privados de liberdade que estavam entre o quarto e o sexto mês de tratamento antituberculose. Os dados foram coletados através de uma entrevista estruturada áudio gravada e analisados a luz da hermenêutica dialética. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. **RESULTADOS:** Na percepção dos sujeitos, viver com tuberculose na prisão é uma condição muito difícil, mais difícil até do que viver encarcerado. Foi possível evidenciar nos discursos que as precárias condições de vida relacionadas a inadequação física da prisão, dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e carências nutricionais, tanto facilitaram o adoecimento, como dificultaram a consecução do tratamento. Além disso o adoecimento da tuberculose despertou sentimentos negativos como a tristeza, angústia e medo da morte existencial e social, esse sofrimento parece ter sido aliviado pela crença religiosa, desejo de viver e apoio dos companheiros de cela, amigos e profissionais de saúde, aspectos estes considerados facilitadores no enfrentamento da doença. Por outro lado, a falta de apoio e rejeição dos companheiros de cela, provocados pelo estigma da doença e pelo medo do contágio, foi reportado como empecilho no enfrentamento da doença e parece ter sido influenciado pela falta de conhecimento da tuberculose pelos seus pares, pois a medida que foram informados sobre a doença, mitos e estigmas foram superados e o doente se sentiu bem acolhido e apoiado em seu meio social. **CONCLUSÕES:** Para o enfrentamento e controle da tuberculose nos presídios é necessário considerar uma abordagem mais centrada no doente, como formular estratégias que incluam o aconselhamento motivacional, melhorias na adequação estrutural dos presídios e melhor aporte nutricional para o doente, além disso, é importante ampliar às ações de educação em saúde que elucidem questões sobre a tuberculose, em vista o empoderamento dos doentes e seus pares no correto seguimento terapêutico, superação de preconceitos e fortalecimento do vínculo entre o doente, contatos e profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Tuberculose. Prisões. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To know the perception of patients private of liberty on tuberculosis facing. **Methods:** Qualitative study, carried out in a male penitentiary complex located in the city of João Pessoa, capital of the State of Paraíba, Brazil. The census sample consisted of all patients deprived of liberty who were between the fourth and the sixth month of anti-tuberculosis treatment. Data collection was through a recorded audio structured interview and analysed by the light of hermeneutics dialectic. This study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Paraíba. **Results:**In the patient's perception, living with tuberculosis in prison is a condition much harder than living incarcerated. It was possible to bring to evidence that the precarious living conditions related to the physical inadequacy of the prison, difficulties on the access to health assistance, nutritional deficiency facilitated illness and made it difficult to complete treatment. This situation has aroused negative feelings such as sadness, anguish and fear of existential and social death, this kind of suffering, according to the patient, can be relieved by religious beliefs, desire to live and support of cell partners, friends and health professionals, those aspects can be considered as facilitators in coping with the disease. On the other hand, the lack of support and rejection of cell partners caused by the stigma of the disease and the fear of contagion was reported as an obstacle in coping with the disease and seems to have been influenced by the lack of knowledge of tuberculosis by its peers. As they were informed about the disease, myths and stigmas were overcome and the patient felt welcomed and supported in their social environment. **Conclusion:**In order to confront and control tuberculosis in prisons, it is necessary to consider a more patient-centered approach, such as formulating strategies to include motivational counseling, improvements in the structural adequacy of prisons, and better nutritional support for the patient. Moreover, it is important to expand health education that elucidate questions about tuberculosis, in view of the empowerment of patients and their peers in the correct therapeutic follow-up, overcoming prejudices and strengthening the bond between the patient, contacts and health professionals.

Keyword: Tuberculosis. Prison. Qualitative Research

INTRODUÇÃO

A tuberculose configura-se como uma das principais doenças infecciosas a serem enfrentadas no Brasil e no mundo. Em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose e cerca de 1,3 milhão de pessoas morreram em decorrência da doença no mundo [1]. No Brasil, em 2017, estimou-se que 69.569 pessoas desenvolveram a doença o que corresponde a uma incidência de 33,5 casos para cada 100 mil habitantes [2].

Globalmente, o fardo da tuberculose é maior em populações vulneráveis, a exemplo da população privada de liberdade que é 100 vezes mais susceptível ao adoecimento do que a população geral [1]. No Brasil, que tem a 4ª maior população prisional do mundo (726.712 presos) [3], a incidência da doença entre os internos chega a ser 28 vezes superior à população livre [4].

A alta incidência da doença no ambiente prisional está relacionada as más condições de vida enfrentadas pelos prisioneiros que contribuem para a disseminação da doença, como o confinamento em celas superpopulosas, mal ventiladas e iluminadas, expostos a condições sanitárias adversas e ao acesso limitado aos cuidados de saúde [5,6,7,8]. Nesses locais, a transmissão da doença não se limita apenas aos privados de liberdade, mais acomete também a população livre com quem se relacionam [9].

Afim de reduzir a transmissão da doença nos presídios, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose orienta a triagem da tuberculose no momento do ingresso nas prisões e anualmente [10]. No entanto estudiosos [11]apontam que essas práticas não são executadas regularmente, o que pode indicar uma incidência subestimada, devido a dificuldades na detecção dos casos [12].

O diagnóstico tardio contribui para a propagação da doença, debilidade do doente e aumenta o risco de óbito por retardar o tratamento e comprometer a adesão ao tratamento [13].

Ademais, evidencia-se que a adesão ao tratamento vai além da ingesta medicamentosa, pois integra um processo dinâmico e multidimensional que envolvem aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e requer no seu enfrentamento a corresponsabilidade partilhada entre os doentes, seus pares e equipe de saúde [14].

Nesse contexto, Bertolozzi [15] conceitua que a adesão ao tratamento se dar por meio de um processo intimamente associado a vida e envolve a maneira como o doente concebe a doença, o cotidiano das pessoas, às condições de vida e a acessibilidade aos cuidados de saúde. Assim, é interessante adentrar nas peculiaridades do universo prisional e buscar desvelar os significados e sentidos envoltos à vivência do ser doente no enfrentamento da tuberculose.

Nesta perspectiva, este estudo objetivou conhecer a percepção dos doentes privados de liberdade sobre o enfrentamento da tuberculose. Desta forma, será possível dar visibilidade a experiência, anseios e expectativas do ser doente com tuberculose na prisão, a fim de contribuir com o bem estar social da população privada de liberdade e subsidiar as ações de saúde quanto à necessidade de transcender o fazer técnico para uma ação mais centrada e sensibilizada no cuidado humano.

MÉTODOS

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em um complexo penitenciário masculino de segurança máxima localizado no município de João Pessoa (FIG 1), capital do Estado da Paraíba, Brasil, escolhido por concentrar o maior número de casos de TB em tratamento no Estado. O respectivo presídeo tem capacidade para custodiar 600 presos condenados pela Justiça a cumprirem pena em regime fechado, no entanto, atualmente excede a capacidade recomendada, contando com aproximadamente 1299 privados de liberdade [16].



FIG 1. Brasil com destaque para a região Nordeste, estado da Paraíba e município de João Pessoa.

O município de João Pessoa, está situado na microrregião do Litoral paraibano, na porção mais oriental das Américas, representa o principal polo financeiro e econômico do Estado, com um IDH de 0,763. É o município mais populoso do Estado, com uma população estimada para 2017 de 801.718 habitantes, e ocupa uma extensão territorial de 211.475 km², organizados em 65 bairros [17]. O município concentra a maior carga de tuberculose do Estado[20].

Ademais, João Pessoa, possui seis complexos penitenciários que comportam 6.762 privados de liberdade. Todas as penitenciárias do município possui equipe de saúde prisional [16], cujas ações de controle da TB são desenvolvidas em parceria com as Unidades Básicas de Saúde da Família [17], além disso, recebem suporte do nível terciário pelo Hospital Clementino Fraga, referência estadual para encaminhamento de pacientes com doenças infectocontagiosas.

Delineamento do estudo

Delineou-se um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, realizado com todos doentes privados de liberdade (N=16) que estavam entre o quarto e sexto mês de tratamento antituberculose na referida Unidade Penitenciária.

Os participantes do estudo foram selecionados segundo a análise do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, solicitado a Secretaria Estadual de Saúde para o reconhecimento da penitenciária com mais casos em tratamento antituberculose no Estado da Paraíba, em seguida extraiu-se uma lista com o nome de cada sujeito doente e o mês em tratamento para facilitar a identificação na etapa da coleta de dados.

Os dados foram coletados em outubro de 2017 nas salas de aula da Unidade penitenciária conforme orientação do diretor do presídeo. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e desenvolvimento do estudo e após o consentimento informado, foi aplicado a entrevista estruturada de forma individual (entrevistado/entrevistador) contendo questões objetivas referentes a caracterização dos sujeitos e uma pergunta subjetiva “Fale sobre a experiência de ser doente com tuberculose na prisão”. A entrevista teve duração média de 15 minutos e foi audiogravada.

Em seguida os depoimentos foram transcritos na íntegra por pares em um documento eletrônico no formato *Microsoft Word 2010*, os sujeitos do estudo foram nomeados com a inicial do termo “Entrevistado” seguido pelo numeral correspondente a ordem da entrevista (E1, E2... E16).

Os depoimentos foram analisados por dois pesquisadores de acordo com o método de interpretação de sentidos, alicerçado nos princípios da hermenêutica dialética[19] que considera o sujeito como um ser histórico e visa identificar na linguagem o sentido de sua existência e o seu modo de ser no mundo frente as suas condições de vida e relações sociais. Esse método integra a capacidade compreensiva da hermenêutica que tem na linguagem seu núcleo central com a criticidade do método dialético.

Aspectos éticos

Este estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa intitulado “A tuberculose e a coinfeção TB-hiv/Aids na população privada de liberdade”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob o número 52879215.4.0000.5187.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 16 doentes privados de liberdade do sexo masculino. A maioria dos entrevistados pertenciam a faixa etária de 21 a 30 anos (68,8%), a escolaridade da 5ª a 8ª série (62,6%), 81,25% dos sujeitos estavam na prisão por 1 a 4 anos, 43,8% estava no sexto mês de tratamento anti-TB, 62,5% eram casos novos, todos apresentaram a forma clínica pulmonar e 63% recebiam visitas de familiares, conforme expresso na tabela 1.

Tabela 1. Características gerais dos sujeitos entrevistados.

Caracterização dos sujeitos do estudo	Variáveis	N	%
Sexo	Masculino	16	100
Faixa etária	21 a 30 anos	11	68,8
	31 a 42 anos	5	31,2
Escolaridade	Sem escolaridade	1	6,2
	1º a 4º série	5	31,2
	5º a 8º série	10	62,6
Tempo de permanência na prisão (atual)	1 a 4 anos	13	81,25
	5 a 8 anos	3	18,75
Mês de tratamento	4º	4	25
	5º	5	31,2
	6º	7	43,8
Tipo de entrada	Caso novo	10	62,5
	Recidiva	5	31,25
	Reingresso após abandono	1	6,25
Forma clínica	Pulmonar	16	100
Recebe visita de familiares	Sim	10	63
	Não	6	37

Na análise dos discursos emergiram três categorias referentes a experiência de ser doente com tuberculose nas prisões: “O impacto do diagnóstico: a tuberculose desperta sentimentos negativos”, “Conviver com tuberculose na prisão: dificuldades relacionadas ao enfrentamento da doença” e “Aspectos facilitadores vivenciados no enfrentamento da tuberculose na prisão”.

Categoria 01. O impacto do diagnóstico: a tuberculose desperta sentimentos negativos

Para os sujeitos, descobrir-se doente com tuberculose na prisão é causa de grande sofrimento emocional expresso por sentimentos como a angústia, vergonha, tristeza, medo e preocupações referentes às precárias condições de vida e as limitações nos cuidados de saúde.

“Entrei em choque quando descobri que era a tuberculose (...)” (E13).

”Eu me senti envergonhado e angustiado, porque sabendo como é que é, a pessoa ficar doente dentro de um presídio como esse aqui, a tendência é só piorar, de melhorar nada, de só piorar (...)” (E6).

“Me senti, como é que eu posso dizer... Me senti bem mal porque já sabia a dificuldade que eu ia enfrentar e por já conhecer a doença, eu já sabia como ia ser, já tinha uma certa noção (...)” (E10).

“Eu senti logo... Acabou-se minha alegria “home”, cabou-se minha alegria, quando eu fiquei doente (...)” (E11).

Nas prisões, o sentimento de impotência, sofrimento e desespero diante do diagnóstico da tuberculose acaba fragilizando o doente e provocando alterações em seu cotidiano, já que o adoecimento implica em intenso sofrimento psíquico e existencial relacionado a ideia de finitude da vida, rejeição social e fragilidades de acesso às ações de saúde [19].

A ideia de finitude da vida suscita o medo da morte frente ao adoecimento, em um dos discursos foi evidenciado que o sujeito temia a morte e considerava humilhante morrer desprezado na prisão e como último suplício recorreu a Deus para livrá-lo da morte.

“Foi muito ruim (...) quase que eu morria, tive tanto medo da morte, que pedi a Deus para não morrer, porque o cara morrer sozinho na cadeia é ruim demais(...)” (E15).

Essa situação é similar à encontrada em estudo realizado na população livre [20] à medida que os sintomas progridem, o doente sente-se cada vez mais debilitado e que a vida está se esvaindo, nessa situação é comum surgirem sentimentos como o medo da morte, associado tanto à perspectiva de morte física, quanto a de morte social evidenciada pelo isolamento e rejeição por seus pares.

Em prisões, Santos e Sá [19] relatam que esse medo pode ser acentuado sobretudo pela situação de confinamento que traz diversas limitações sobre os cuidados em saúde e relações sociais, diante desse sentimento de finitude da vida, os doentes podem recorrer ao divino na esperança de que os ajude a enfrentar e a sobreviver essa fase difícil da vida. As autoras postulam ainda que há doentes que preferem se entregar à ideia da morte, porque já consideram se sem vida perante a situação de encarceramento e pelas dificuldades ao acesso às ações de saúde.

Apesar das limitações relacionadas aos cuidados de saúde na prisão, um dos doentes expressou que suas preocupações foram minoradas diante da ajuda médica e da prescrição dos medicamentos que foi essencial no processo de recuperação da saúde.

“Me senti sem chão, porque a pessoa doente dentro de um lugar desse aqui, não tem aquele mesmo atendimento que a pessoa tem lá fora né? Mas quando falei com a médica também, ela passou o remédio para mim, comecei a tomar e graças a Deus fiquei mais melhor(...)” (E1).

O apoio e assistência recebida dos profissionais de saúde é essencial para a adesão ao tratamento e fortalecimento dos laços sociais, os doentes se sentem mais confiantes na consecução da cura, especialmente quando recebem os medicamentos de forma regular[21].No entanto, os privados de liberdade enfrentam dificuldades relacionada a assistência de saúde peculiares ao cenário que estão inseridos, os doentes percebem os cuidados em saúde limitados a ações prescritivas.

Outros doentes, apesar de entristecidos diante do adoecimento, conseguiram reunir forças na crença religiosa para superar a doença e agradeceram o restabelecimento da saúde.

“Um pouco entristecido, mas (...) tem que lutar e vencer essa doença e pronto, Deus está no controle, graças a Ele não fiquei desamparado (...)” (E5).

“Quando eu soube, fiquei triste, triste né? Ao saber que fui contagiado por (...) tuberculose, mas graças a Deus estou ficando melhor (...)” (E7).

Areligiosidade apresenta papel importante no enfrentamento da tuberculose. A crença religiosa consegue conferir alívio ao sofrimento humano, o doente sente-se apoiado e protegido por um ser sagrado que nunca o abandonará, o que reflete positivamente na sua autoestima e o motiva a aderir o tratamento para a recuperação da saúde [22].

Categoria 02. Conviver com a tuberculose na prisão: dificuldades relacionadas ao enfrentamento da doença

Na percepção dos sujeitos, viver com tuberculose na prisão é uma experiência extremamente difícil, pois adoecer por tuberculose dificulta ainda mais a vivência nos presídios, bem como, a situação de confinamento prejudica o processo de enfrentamento da tuberculose.

“(...)Foi difícil viu? tá preso e mais doente, só Jesus (...)” (E15).

“(...) É muito rim esse negócio, é rim vixee, eu já vi pessoas morrer já por causa dessa doença (...)” (E8).

“Rapaz... é uma experiência muito difícil, complicada de viver ainda mais dentro da prisão (...) porque apesar de a pessoa está com tuberculose, ainda tá preso né? (...)” (E4).

As limitações impostas pela situação de encarceramento tanto facilitam o acometimento pela doença, quanto dificultam o seu tratamento. Os excertos demonstram que os próprios doentes reconhecem essas limitações relacionando às estrutura física, às carências nutricionais e às dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde, como obstáculos ao enfrentamento da doença.

“(...) Apesar de ser uma doença que maltrata bastante, na prisão ela dificulta mais ainda o tratamento, tanto facilita você pegar ela, como você ter uma dificuldade de tratar, principalmente se não tiver uma visita porque aqui a gente não muda uma refeição não muda nada, então você tem que se adaptar com essa doença, e sobreviver do modo muito difícil, mais difícil ainda” (E10).

“Ser doente com a tuberculose na prisão é algo difícil né? (...) o ambiente que nós se encontra e também a facilidade de contagiar e de pegar é mais fácil, porque é um ambiente fechado (...)” (E7).

“Rapaz é ruim demais visse? O pessoal se encontra num canto isolado, tem vez que uma pessoa com a doença mesmo que eu me encontro, está dormindo no chão sem colchão, sem nada, sem nenhum lençol para se cobrir, no frio, mais em tempo chuvoso, o pulmão da pessoa já daquele modelo, aí é ruim demais, as vezes termina de matar a pessoa, se a pessoa tiver quase morrendo, só Jesus (...)” (E6).

“A dificuldade é alimentação principalmente, por que independente de ter a doença, aqui você já passa muita fome por passar mesmo, já é normal (...) Tem o ambiente também... O ambiente lotado, e várias pessoas, que às vezes não tá nem em tratamento ainda mas que tem a doença, frieza demais, essas coisas aí (...)” (E10).

Para estudiosos [21, 23], é difícil controlar a tuberculose no ambiente prisional em decorrência das inadequações físicas relacionadas a superlotação, celas úmidas e mal ventiladas que além de facilitar a transmissão da doença, dificulta a recuperação do doente pelas precárias condições de vida que estão submetidos.

A dificuldade em manter uma alimentação adequada às necessidades nutricionais do doente, interferem negativamente no tratamento [24], pois pode comprometer o sistema

imunológico e assimagrar a condição clínica do doente, bem como, intensificar as reações adversas a medicação como náuseas, fraquezas e dor abdominal [25,26].

Ademais, os doentes necessitam se alimentar bem para restaurar a saúde e recuperar o peso perdido no início do adoecimento, já que o emagrecimento progressivo é uma sintomatologia característica da doença. Na medida que o doente aumenta o peso, sente-se bem e com mais energia, o que o torna satisfeito com a evolução do tratamento e melhora da imagem corporal, pois sente que de alguma forma a doença está sendo superada e a possibilidade de cura torna-se cada vez mais concreta [27].

Quanto as dificuldades relacionadas a acessibilidade aos serviços e ações de saúde, os relatos evidenciaram que:

“É uma experiência difícil, por conta que tem pouca assistência médica (...) porque eu passei 5 meses, muito doente sem nenhuma ajuda, sem nenhum socorro, depois de 5 meses fui internado no hospital, por que eu já fui nas últimas, tendo um ataque cardíaco e uma hemorragia, colocando sangue pela boca e pelo nariz (...)” (E12).

“Foi muito ruim “home”, foi muito ruim, sentindo dor direto “home”, sentindo frio, o cara pedia para ir no médico, os agente só vinha quando tava de bom humor, ficava lá dentro, lá “home”, até visita vir, até chamar pra ir pro médico é muito ruim, o caba lá com esse negócio aqui dentro (...)” (E11).

Para estudiosos [28] as queixas de saúde das pessoas privadas de liberdade tende a ser desvalorizada em sua maioria, especialmente pelos agentes de segurança. Devido os privados de liberdade serem rotuladas como pessoas não confiáveis e dissimuladas, muitas vezes é preciso que apresentem sintomas verificáveis, como a hemoptise, para serem assistidos pelos profissionais de saúde, pois só o sofrimento físico e emocional parece não ser suficiente para serem consultados. Essa situação pode contribuir com a debilitação do doente, atraso do diagnóstico, disseminação da fonte de infecção e até mesmo com o óbito.

Ainda, na análise dos discursos foi possível evidenciar que o preconceito e a discriminação social sofridos pelos doentes em decorrência do adoecimento por tuberculose, são sentidos como obstáculos no enfrentamento da doença e na convivência com seus pares.

É triste né? Você ficar sabendo que está doente, com uma doença que as pessoas tem muito preconceito, alguns no começo não querem está perto de você, olha pra você com um olhar diferente (...)” (E12).

“(...) Sobre o preconceitos, as pessoas ficam com medo, até os próprios companheiros de cela fica tudo com medo de ser contagiado (...)” (E7).

É possível observar nos relatos que o preconceito sofrido pelos doentes parece ser desencadeado pela falta de conhecimento sobre a doença, especialmente sobre os mecanismos de transmissão e prevenção, que determina a realização de atitudes infundáveis e discriminatórias, como a separação de utensílios. Acredita-se que, na percepção dos companheiros de cela, essa ação é crucial para reduzir o risco de adquirirem a infecção.

“Algumas pessoas tem aquele preconceito né? Não tomar no mesmo copo, na mesma garrafa que você (...)” (E1).

O estigma também foi mencionado como um obstáculo para a consecução do tratamento na população livre, essa situação em sua maioria é influenciada pela falta de informação sobre a tuberculose [29,30] aliada ao medo que as pessoas têm de serem infectadas, o que reflete em atitudes discriminatórias como a separação de utensílios e exclusão do doente pela família e amigos causando grande descontentamento e sofrimento emocional [31].

Vale ressaltar, que no ambiente hostil das prisões os sujeitos não querem ser vistos como doentes e vulneráveis, o adoecimento por tuberculose repercute negativamente na sua imagem corporal, no modo de ser no mundo e no convívio com os outros [20]. A doença confere uma imagem simbólica de um ser fraco, ameaçando o convívio em seu meio social, pois o ambiente requer que o sujeito seja forte para ter o reconhecimento e respeito de seus pares e resiliente para sobreviver em um cenário ultrajante.

Entretanto, quando os indivíduos conhecem a doença, os preconceitos são superados, as relações interpessoais são fortalecidas e o doente se sente apoiado e encorajado a aderir ao tratamento.

“(...) As dificuldades são grandes, mas depois com o tempo, nós termina nos adaptando e eles perdem o medo, por que eles começa a ficar informados como é que é o tratamento e aí eles voltam a se chegar (...)” (E7).

O que demonstra a importância da informação em saúde na superação de estigmas e preconceitos e no correto seguimento terapêutico, nesse contexto os profissionais de saúde tem papel singular na elucidação da tuberculose para os doentes e seus pares, ação essa crucial no fortalecimento do vínculo que institui uma relação de confiança, respeito e corresponsabilidade no tratamento [32].

Categoria 03. Aspectos facilitadores no enfrentamento da tuberculose na prisão.

Na percepção dos sujeitos, o apoio interpessoal dos familiares, companheiros de cela e profissionais de saúde foram fundamentais para o seguimento do tratamento, o doente se sentiu motivado e incentivado a enfrentar a doença e a aderir ao tratamento.

“(...) Motivação dos amigos e da família né? Também da médica, ela disse que eu não me preocupasse porque tinha cura e o tratamento era um pouco extensivo, mas eu ia ficar bem, se fizesse o tratamento direitinho. Me motivou a fazer o tratamento certinho pra ficar bom (...)” (E12).

“O que está me ajudando a enfrentar essa doença é ter o apoio dos companheiros, ter o apoio deles (...) isso aí me ajuda bastante, me fortalece eles, me incentivam a tomar os comprimidos tudo certinho, tudinho, pronto isso aí que me incentiva (...)” (E7).

Tal achado foi encontrado em outros estudos [21,31,33] que evidenciaram a importância dos doentes se sentirem apoiados e acolhidos por suas relações interpessoais no enfrentamento da doença, pois o apoio recebido pelo doente o encoraja a lidar com as dificuldades enfrentadas ao longo do tratamento.

Por isso a importância de fortalecer o vínculo interpessoal dos doentes presos, que já têm seus laços sociais reduzidos pela situação de confinamento. Nesse contexto, os profissionais de saúde têm papel facilitador no fortalecimento do vínculo do doente com seus pares e na adesão ao tratamento, por meio do acompanhamento integral centrado no doente e no esclarecimento dos aspectos epidemiológicos da doença que são essenciais no correto seguimento terapêutico e na desconstrução de estigmas, preconceitos e atitudes discriminatórias [34].

Outro aspecto importante no processo de enfrentamento da doença é a fé e a religiosidade que se firmaram como elemento de fortalecimento interior, um conforto e apoio nos momentos difíceis. Conforme evidenciado no relato do sujeito.

“O que me ajudou a seguir o tratamento primeiramente foi Deus na minha vida, por que eu creio que a pessoa sem Deus né ninguém não nesses lugares, e viver na vida errada também não é não (...)” (E4).

Para Diefenbach-Elstob e seus colaboradores [35] a fé em Deus e a crença religiosa configuraram-se como elementos cruciais na motivação dos indivíduos a aderirem ao tratamento.

Ademais, a religiosidade reveste o ser de forças para lidar com o encarceramento, pois confere conforto ao sofrimento biopsicossocial [36], como também, permite que os seres repensem suas práticas e o modo de ser na vida, crer no divino oportuniza os sujeitos a assumirem um modo de vida alicerçado nas boas condutas e nos valores sociais vigentes, em vistas as prescrições e proibições que regem a vida em sociedade [37].

Além da fé em Deus, outros doentes apontaram a vontade de recuperar a saúde para retornar sadio para os entes queridos como estímulo motivacional na busca da cura.

“O que me ajudou primeiramente foi Deus e segundo minha opinião própria né, que pensei mais, não só em mim mais em minha família, minha mãe, nos meus filhos né? E só a saúde da pessoa não tem quem pague (...)” (E15).

A vontade de viver e o desejo da cura porta-se como aditivo essencial para o doente aderir ao tratamento, especialmente quando os doentes se sentem encorajados a prosseguir com seus projetos de vida e se sentem acolhidos em seu meio social. Por isso, a importância de fornecer um cuidado mais centrado no doente, que inclua o aconselhamento motivacional e esclarecimentos sobre a doença em vista o empoderamento de todos na luta contra a tuberculose [14].

No entanto, para estudiosos [38] é comum que a partir do ingresso nas prisões os doentes expressem sua falta de perspectiva futura, tendo em vista o cenário hostil e violento das prisões atrelados as precárias condições de vida e fragilidades nos vínculos interpessoais, tal situação pode dificultar a adesão do doente a terapêutica pela desesperança na vida.

Ademais, como possíveis limitações do estudo podem ser apontados a não imersão dos pesquisadores no cotidiano das prisões, já que a entrevista foi realizada de forma pontual.

CONCLUSÕES

Na percepção dos sujeitos é complicado conviver com a tuberculose em um ambiente perigoso como a prisão, pois a doença altera gradativamente seu modo de ser no mundo e com os outros, e por estarem sujeitos as más condições de vida, limitações no acesso aos cuidados de saúde e fragilidades em suas relações sociais em decorrência do estigma e segregação social, passam por intenso sofrimento emocional refletidos em sentimentos negativos como a tristeza, angústia, solidão e medo da morte, aspectos estes que interferem negativamente no enfrentamento da doença.

Por outro lado, o desejo de viver, a crença religiosa e o apoio dos familiares, profissionais de saúde e companheiros de cela foram percebidos como aspectos facilitadores no enfrentamento da doença, pois quando acolhidos por seus laços sociais, os sujeitos se sentiram revitalizados e encorajados a concluir o tratamento.

Deste modo, para o controle da tuberculose no presídio é necessário conhecer o cotidiano dos doentes e sua relação com seus pares em vista a identificação das peculiaridades envolvidas no processo saúde doença. Assim, uma maior integração do setor judicial, da saúde e sociedade, deve ser considerada, no que diz respeito ao desenvolvimento e fortalecimento de estratégias efetivas que visem melhorias na adequação física e sanitárias das prisões, bem como, ações de saúde pautadas no cuidado humano de forma integral e que atendam às necessidades em saúde dos doentes e de seus pares, logo, é importante a oferta do aconselhamento motivacional, tratamento diretamente observado e educação em saúde, em vista o empoderamento do doente e de seus contatos na consecução do tratamento, superação de estigmas e fortalecimento das relações interpessoais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017. Genebra, 2017. Disponível em: http://www.who.int/entity/tb/publications/global_report/MainText_13Nov2017.pdf?ua=1.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília (DF). 2018; 49(11). Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de informações penitenciárias- INFOPEN 2016. Disponível em: http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose: Apresentação Padrão, 2015. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/743-secretaria-svs>.
5. Larouzé B, Ventura M, Sánchez AR, Diuana V. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. Cad. Saúde Pública. 2015 Jun; 31(6):1127-1130. doi. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE010615>.

6. Herrera M, Bosch P, Nájera M, Aguilera X. Modeling the spread of tuberculosis in semiclosed communities. *Computational and mathematical methods in medicine*. 2013 May; 2013(648291):14. doi. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/648291>.
7. Prasad BM, Thapa B, Chadha SS, Das A, Babu ER, Mohanty S. Status of Tuberculosis services in indian prisons. *Int J Infect Dis*. 2017 Feb; pii: S1201-9712(17): 30038-3. doi: 10.1016/j.ijid.2017.01.035.
8. Al-Darraj HAA, Altice FL, Kamarulzaman A. Undiagnosed pulmonary tuberculosis among prisoners in Malaysia: an overlooked risk for tuberculosis in the community. *Tropical Medicine and International Health*, 2016 Aug; 21(8): 1049-1058. doi: 10.1111/tmi.12726.
9. Henostroza G, Topp SM, Hatwiinda S, Maggard KR, Phiri W, Harris JB, et al. The High Burden of Tuberculosis (TB) and Human Immuno deficiency Virus (HIV) in a Large Zambian Prison: A Public Health Alert. *PLoS One*, 2013 Aug; 8(8):e67338. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067338>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf.
11. Paião DSG, Lemos EF, Carbone ASS, Sgarbi RVE, Junior AL, Silva FM, et al. Impact of mass-screening on tuberculosis incidence in a prospective cohort of Brazilian prisoners. *BMC Infectious Diseases*, 2016 Oct; 16:533. doi: 10.1186/s12879-016-1868-5.
12. Sánchez A, Larouzé B. Controle de tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro. *Cad. de Saúde Pública*, 2016 July; 21(7):348-355. doi. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08182016>.
13. Villa TCS, Ponce MAZ, Wysocki AD, Andrade RLP, Arakawa T, Scatolin BE, et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. *Rev Latino-Am enfermagem*. 2013; 21(spec): [08 telas].doi. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700024>.
14. Silva RD, Luna, FDT, Araújo AJ, Camêlo, ELS, Bertolozzi, MR, Hino P, et al. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2017 Sep; 17:725. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4752-3>.

15. Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) no Município de São Paulo. [Tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 (versão impressa).
16. João Pessoa, OF. Nº.003/2017 de 26 de janeiro de 2017. Ofício da Coordenação de Saúde Prisional (SEAP).
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em 04 de Janeiro de 2016.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (On line). 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercpb.def>.
19. Santos MNA, Sá AMM. O ser-portador de tuberculose em prisões: um estudo de enfermagem. Esc. Anna Nery. 2014 Jun; 18(2): 350-355. doi. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140051>.
20. Oliveira LCS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Silva CA, Villa TCS. A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose. Rev. Eletr. Enf. 2015 Mar;17(1):12-20. doi: 10.5216/ree.v17i1.24523.
21. Santos MNA, Sá AMM. Viver com tuberculose em prisões: o desafio de curar-se. Texto contexto - enferm. 2014 Dec; 23(4): 854-861. doi. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000840013>.
22. Silva AMFB, Mello FCQ, Figueiredo NMA, Kritski AL. O corpo do portador de tuberculose: enfrentamentos, dificuldades e projeções diárias na terapia ocupacional para obtenção da cura. R. pesq.: cuid. fundam. Online. 2010 set. 2(3):1197-1213.
23. O'Grady J, Hoelscher M, Atun R, Bates M, Mwaba P, Kapata N, et al. Tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa – the need for improved health services, surveillance and control. Tuberculosis (Edinb). 2011 Mar; 91(3):173-178. doi: 10.1016/j.tube.2010.12.002.
24. Gugssa Boru C, Shimels T, Bilal AI. Factors contributing to non-adherence with treatment among TB patients in Sodo Woreda, Gurage Zone, Southern Ethiopia: A qualitative study. J Infect Public Health. 2017 Sep - Oct;10(5):527-533. doi: 10.1016/j.jiph.2016.11.018.

25. Paz-Soldán VA, Alban RE, Jones CD, Oberhelman RA. The provision of and need for social support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13:290. doi: 10.1186/1472-6963-13-290.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. – Brasília. 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf.
27. Souza SS, Silva DMG. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(4):636-43.
28. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008 Ago; 24(8): 1887-1896. doi. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>.
29. Yin X, Yan X, Tong Y, Peng X, Yang T, Lu Z, et al. Status of tuberculosis-related stigma and associated factors: a cross-sectional study in central China. *Tropical Medicine & International Health.* 2017 Nov; 23(2). doi: 10.1111/tmi.13017.
30. Xu M, Markström U, Lyu J, Xu L. Survey on Tuberculosis Patients in Rural Areas in China: Tracing the Role of Stigma in Psychological Distress. *Int J Environ Res Public Health.* 2017 Oct; 14(10): 1171. doi: 10.3390/ijerph14101171.
31. Gebreweld FH, Kifle MM, Gebremicheal FE, Simel LL, Gezae MM, Ghebreyesus SS, et al. Factors influencing adherence to tuberculosis treatment in Asmara, Eritrea: a qualitative study. *Journal of Health, Population and Nutrition.* 2018; 37:1. doi: 10.1186/s41043-017-0132-y.
32. Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. *Saúde debate.* Rio de Janeiro. 2014 set; 38(102):572-581. doi. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140053>.
33. Beraldo AA, Andrade RLP, Orfão NH, Silva-Sobrinho RA, Pinto ESG, Wysocki AD, et al. Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. *Esc Anna Nery.* 2017 Jul ;21(4):e20170075. doi. 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0075

34. Mitano F, Sicsú AN, Sousa LO, Silva LMC, Palha PF. Discourses of healthcare professionals about health surveillance actions for Tuberculosis control. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03213. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016018203213>.doi: 10.1590/S1980-220X2016018203213.
35. Diefenbach-Elstob T, Plummer D, Dowi R, Wamagi S, Gula B, Siwaeya K, et al. The social determinants of tuberculosis treatment adherence in a remote region of Papua New Guinea. *BMC Public Health*. 2017 Jan; 17:70. doi. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3935-7>.
36. Tavares, Gilead, & Menandro, Paulo Rogério Meira. Trajetórias de vida de presidiários e possíveis sentidos para a prisão. *Revista Psicologia Política*. 2008; 8(15), 121-138.
37. Moscovici, S. *A invenção da sociedade: sociologia e psicologia*. Petrópolis: Vozes, 2011.
38. Goffman, E. *Manicômios, prisões e conventos* (8a ed.). São Paulo: Perspectiva, 2008

5.2 ARTIGO 2

**INFLUÊNCIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO ENFRENTAMENTO DA
TUBERCULOSE: PERCEPÇÃO DOS PRIVADOS DE LIBERDADE****INFLUENCE OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS ON THE
CONFRONTATION OF TUBERCULOSIS: PERCEPTION OF THE POPULATION
DEPRIVED OF LIBERTY****RESUMO**

Objetivo: Analisar a percepção de pessoas com tuberculose em situação prisional sobre a influência das relações interpessoais no enfrentamento da tuberculose. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado em um complexo penitenciário da capital da Paraíba. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada e analisados à luz da hermenêutica dialética. **Resultados:** O estigma e a exclusão social decorrentes do adoecimento por tuberculose, dificultou a convivência dos doentes com seus pares, interferindo negativamente no enfrentamento da doença. Para outros sujeitos, a relação com seus pares continuou a mesma, pois consideravam comum o adoecimento por tuberculose na prisão e portanto inútil fugir da possibilidade de contaminação. A interação com os profissionais de saúde limitava-se a prescrição de medicamentos. **Conclusão:** O enfrentamento da tuberculose na prisão é vivenciado de forma singular pelos sujeitos e o modo como o doente é aceito no seu círculo social pode potencializar ou dificultar esse processo.

Palavras-chave: Tuberculose; Prisioneiros; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Objective: Analyze the perception of prison patients about the influence of interpersonal relationships in coping with tuberculosis. **Methods:** Qualitative study, carried out in a penitentiary complex in the capital of Paraíba. Data collection was through a structured interview and analyzed in the light of dialectical hermeneutics. **Results:** Stigma and social exclusion suffered in the face of tuberculosis illness made it difficult to coexist in-group, interfering negatively on the confrontation of the disease. For others, the relationship in-group remained the same, since the illness by tuberculosis in the prison is considered common by them and, therefore, useless to avoid the possibility of contamination. Interaction with the health professionals was limited to the prescription of medications. **Conclusion:** Tuberculosis's confrontation in experienced in a unique way by the subjects in prison and the way the patient is accepted in the social circle can potentiate or hinder this process.

Keywords: Tuberculosis; Prisoners; Interpersonal Relations.

INTRODUÇÃO

A incidência da tuberculose entre as pessoas privadas de liberdade chega a ser 28 vezes superior à população livre,¹ dado a característica infecciosa de transmissão aérea. No Brasil, as prisões apresentam um ambiente favorável à disseminação da doença, em decorrência do confinamento das pessoas em espaços exíguos e superlotados, mal ventilados, não ensolarados e com precárias condições sanitárias.^{2,3}

Acresce-se a esse quadro, a permanência prolongada entre os internos infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que não raro apresentam quadros de imunodepressão, além da dieta de baixo teor nutritivo que recebem no cotidiano.^{2,3} Também, é importante apontar às dificuldades de acesso às ações de saúde, assim como ao diagnóstico e ao tratamento da doença em tempo oportuno.⁴

Além do sofrimento vivenciado pelas pessoas que, em geral, apresentam tuberculose, como tristeza e medo, a pessoa privada de liberdade também pode apresentar vergonha de ser subjugada e rejeitada em decorrência da enfermidade, o que pode afetar a convivência cotidiana com seus pares e familiares, devido ao receio de serem infectados. Ainda é necessário ressaltar as limitações nos cuidados de saúde impostas pelo encarceramento que o ser enfrentará durante o processo de recuperação.⁵

Em busca da minimização do sofrimento humano face ao adoecimento por tuberculose, alguns estudos demonstram que a manutenção de boas relações interpessoais encorajam os indivíduos no enfrentamento da doença,^{6,7} já que o apoio social e o fortalecimento de vínculos entre família, doentes e profissionais, além de reduzir a exclusão social, fortalecem a adesão ao tratamento.⁸

No entanto, não foi identificado na literatura estudos sobre a temática das relações interpessoais no enfrentamento da tuberculose pela população privada de liberdade, que tem seus laços sociais fragilizados em decorrência da situação de encarceramento. Deste modo, o estudo objetivou analisar a percepção de pessoas com tuberculose em situação prisional sobre a influência das relações interpessoais no enfrentamento da tuberculose. Os achados podem contribuir para a assistência a esse grupo social, fornecendo subsídios importantes ao setor judicial e da saúde, em relação ao planejamento, operacionalização e avaliação das ações de controle da doença.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, realizado em um complexo penitenciário masculino, situado no município de João Pessoa, escolhido por conter o maior número de casos de tuberculose entre os presídios do Estado da Paraíba.

A população do estudo foi composta por todas as pessoas privadas de liberdade que se encontravam entre o quarto e o sexto meses de tratamento antituberculose (n=16), identificados por meio da análise do banco de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação do Estado da Paraíba, posteriormente à identificação da unidade penitenciária que apresentava maior número de casos de tuberculose em tratamento, foi extraída uma lista com o nome de cada recluso doente para facilitar a coleta de dados. O desenvolvimento do estudo decorreu da solicitação de autorização à Secretaria de Administração Penitenciária e a Coordenação de Saúde do Sistema Penitenciário da Paraíba.

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2017, na unidade prisional, através de uma entrevista estruturada, orientada por um roteiro que continha perguntas objetivas sobre a caracterização dos sujeitos e perguntas subjetivas “Fale sobre a convivência com os familiares, companheiros de cela e profissionais de saúde durante o processo de enfrentamento da tuberculose”. Todos os participantes, após serem esclarecidos sobre a condução do estudo, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram individuais, áudio gravadas e apresentou duração média de 15 minutos.

Todos os depoimentos foram transcritos na íntegra por dois pesquisadores, de forma cega e armazenados em um documento eletrônico no formato *Microsoft Word 2010*. Nesta fase, os participantes do estudo foram identificados com a inicial do termo “Depoimento” seguido pelo numeral correspondente à ordem da entrevista (D1; D2...D16).

Os depoimentos foram também analisados por pares e interpretados segundo a abordagem hermenêutica dialética que busca compreender na linguagem o sentido da *práxis* em face da subjetividade dos indivíduos no contexto social no qual se encontram. Assim compreende-se que o entendimento da realidade é expresso no discurso.⁹

Este estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa matriz intitulado “A tuberculose e a coinfeção Tuberculose-HIV/AIDS na população privada de liberdade”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, número do CAAE 52879215.4.0000.5187.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Predominou a faixa etária entre 21 a 30 anos (68,8%), a escolaridade entre a 5ª a 8ª séries (62,6%), 43,3% encontravam-se no 6º mês de tratamento da tuberculose, 63,0% eram visitados pelos familiares durante o tratamento, todos apresentaram a forma pulmonar e encontravam-se na modalidade de tratamento autoadministrado.

Foram pré-definidas três categorias analíticas que retrataram as relações interpessoais vivenciadas pelos sujeitos durante o processo de enfrentamento da tuberculose: Relacionamento com os companheiros de cela; Relacionamento com os familiares e Relacionamentos com profissionais de saúde.

Em relação à categoria Relacionamento com os companheiros de cela, foi possível identificar que a falta de conhecimento sobre a tuberculose suscitou o preconceito e o afastamento dos demais ocupantes do compartimento de prisioneiros, que ao se sentirem susceptíveis à doença, se afastaram pelo medo de serem infectados. Entretanto, esse comportamento não é geral e pode modificar-se com informações sobre a transmissão da doença e seguimento do tratamento.

Tem uns companheiros que fica com preconceito, tem outros que não (D13).

No começo foi difícil viu a convivência, ficaram alguns com medo (...) de pegar também, mas falava pra eles que tinha tratamento e que estava me tratando, não corria risco de transmitir e eles se conformaram (D12).

“Ficou um pouco chato, porque alguns companheiros ficaram com medo de pegar a doença(...)” (D10).

O desconhecimento sobre a doença, sua transmissão e tratamento pode enfraquecer os laços sociais entre as pessoas que vivenciam a privação da liberdade em um espaço exíguo e que apresenta condições de extrema miséria, o que contribui para a não aceitação do doente e da doença, além de fortalecer a estigmatização e a discriminação social, com repercussões na adesão ao tratamento.¹⁰

Mas, quando esclarecidos sobre a enfermidade e sobre a eficácia do tratamento correto, a convivência melhora:

Está sendo normal por que eles, como eu falei, estão sendo informados agora, como é que é esse tratamento, eles sabem quando a pessoa começa a tomar o medicamento que não tem mais risco, tá sendo normal agora o convívio (...) (D7).

O recebimento de informações sobre a doença estimula a autoconfiança do doente e possibilita a pró-atividade na condução do tratamento, fundamental no processo de adesão terapêutica.^{11,12}

Já para outros, o adoecimento não causou impacto na interação social, pois consideravam comum adoecer por doenças infecciosas no ambiente prisional e porque já haviam convivido com pessoas que apresentavam tuberculose. Parecem entender, portanto, que é inútil fugir das possibilidades de contaminação nesse espaço.

Normal, eles não critica não, porque eles também são doente igual à eu (D16).

Rapaz, a convivência não é fácil, mais devido o cara tá com aquilo ali, só que os companheiros entendem, né? Que o cara tá preso e na cadeia, o cara pega de tudo (D15).

Eles sabiam que aqui é fácil pegar, o que eles diz é isso: se tiver que pegar eu pego, se não tiver que pegar, não pego não (D11).

Normal, nada mudou, até porque tinha alguns que tiveram também, que já participaram dessa enfermidade e que venceram né? Recebi muitos conselhos e estou aí no tratamento e tenho fé que dê tudo certo (D5).

Os excertos parecem evidenciar a vulnerabilidade, a situação de desproteção e de impotência frente à infecção. Os doentes são encorajados e aconselhados pelos demais que com ele convivem, a seguir corretamente a terapêutica e a aderir ao tratamento. Assim, observam-se elementos constitutivos das relações interpessoais no processo de enfrentamento da tuberculose.

Para os pesquisadores,^{13,14}confinar pessoas privadas de liberdade em um país de alta endemicidade de tuberculose como é o caso do Brasil, mundialmente conhecido pelas precárias condições sanitárias das prisões, tende a resultar na disseminação da doença com consequentes prejuízos à saúde pública. De fato, foi bastante evidente, no relato dos sujeitos, a percepção de vulnerabilidade ao adoecimento.

Outros sujeitos relataram ter boa convivência com os companheiros de cela, a ponto de considerarem-se como parte da família, o que pode revelar vínculo de amizade, possibilitando o fortalecimento do cuidado, com repercussão positiva no seguimento terapêutico.

Convivência normal, conversava normal, porque quando nós está ali dentro, a gente procura mais ajudar também, sabe? (...) só porque ele tá doente, não vamos deixar ele pra lá, não! todos que estão dentro dali, eu conheço, todos me conhece e me ajudou, ali bem dizer nós somos uma família, um ajuda o outro quando tá

doente, nós pega, manda vir remédio, quando não tem, aí pronto, só o sofrimento de estar preso aqui já basta né? (D1).

Todos me trataram bem né, como uma família, não colocaram eu para fora por conta da tuberculose né, Fui tratado bem, como se fosse da família né, dentro da cela (D4).

Portanto, no contexto prisional os companheiros de cela por conviver mais tempo próximo ao doente privado de liberdade, assumem os papéis de família, já que a família em si é afastada pela própria condição de confinamento.

Por sua vez, a categoria relacionamento com os familiares mostrou que muitos doentes são afastados do seio familiar por sofrerem processo de estigmatização que envolvem experiências de reclusão ou rejeição.

Ficou ruim o relacionamento com a família, eles se afastaram, porque isso aí pega em qualquer pessoa, aí ficou meio chato (D16).

Em ambiente prisional, o impacto sentido pelo doente em função do afastamento dos entes queridos, por sua situação de saúde é mais intenso, já que o objetivo do próprio aprisionamento é isolar as pessoas da convivência com a sociedade,¹⁵ e a tuberculose intensifica ainda mais esse processo.

O afastamento é influenciado pelo estigma e medo da tuberculose, que é potencializado pela falta de conhecimento da doença.

“Ficou difícil no começo, eles ficaram com bastante medo e preconceito por ser uma doença muito discriminada, tanto aqui dentro como lá fora o pessoal tem muito medo e no começo foi difícil, passei um tempo sem ver eles (...) depois minha esposa se informou, viu que depois do tratamento não corria risco, aí ela começou a vim e trouxe as crianças, graças a Deus ela me apoiou” (D12).

Assim, entende-se que o conhecimento sobre a tuberculose pode influenciar a concepção que os sujeitos têm sobre a doença e o doente, desse modo, devem ser impulsionadas às ações educativas em saúde, para elucidar o quadro epidemiológico que o Brasil enfrenta, as populações vulneráveis, os mecanismos de transmissão, prevenção e tratamento essenciais no enfrentamento da doença, enquanto ações que transformem a realidade social e de saúde pela qual passa o País não forem efetivadas e consolidadas.

Na rede de interações sociais, a família representa o contato mais íntimo com os doentes e, embora na prisão a convivência seja fragilizada pela situação de confinamento, é no seio

familiar que os indivíduos se sentem mais apoiados encorajados a enfrentar o processo saúde-doença, por isso, a importância de fortalecer o vínculo familiar durante o tratamento e esclarecer as eventuais dúvidas sobre a enfermidade, para o enfrentamento e proteção coletiva.

“Eles (a família) me trataram normal, graças a Deus, não mudou não. A médica falou que a partir do momento que você está se medicando, a pessoa não transmite para os familiares, depois dos 15 dias, ficou mais tranquilo, o pessoal aliviou mais né? A pessoa já sabendo que não tá passando pra o filho da pessoa, nem para a esposa, já tranquiliza mais (D6).

“Minha família me deu vários conselhos né! Sobre a doença né, que é para mim tomar, continuar me tratando, não deixar de tomar o medicamento” (D4).

“Com a família, minha mãe mesmo não tem medo, disso não, ela tem Deus né? Não tem medo disso não, ela sabe que eu to tomando o remédio né? Todo dia eu tomo” (D8).

O sucesso do tratamento da tuberculose é facilitado quando os sujeitos mantêm relações interpessoais saudáveis e não sofrem com o estigma, quando o vínculo é fortalecido e quando está presente o apoio por parte dos familiares e amigos. Todos estes melhoram a qualidade de vida e a autoestima dos doentes, fortalecendo-os na superação dos obstáculos enfrentados durante o tratamento.^{5,8}

No entanto, o vínculo com os familiares pode apresentar-se fragilizado, como pode ser verificado no excerto a seguir.

“Os familiares não vem mais, só quem vem visitar é a minha mãe, a ex-mulher me deixou, quando adoeci” (D15).

O vínculo enfraquecido desmotiva os indivíduos na busca dos cuidados de saúde ao se sentirem rejeitados pelo adoecimento por tuberculose,⁸ essa situação em sua maioria é ocasionada pelo estigma, oriundo da falta de conhecimento sobre a doença.¹⁶ Frente ao estigma, houve menção sobre uma das estratégias utilizadas para o seu enfrentamento, por meio da sensibilização e esclarecimento sobre a doença:

“O convívio com os familiares voltou, como eu falei, eles perderam o medo agora, foram informados sobre a doença e agora sabem que não corre mais risco” (D7).

Ademais, quando os doentes e as pessoas próximas entendem a doença e a importância do tratamento, mitos e estigmas são desconstruídos e superados. Os doentes tornam-se mais motivados e esforçam-se em concluir o tratamento, o vínculo com seus pares se fortalece e parece ser essencial no tratamento, por facilitar a aceitação da doença e a superar os obstáculos advindos da própria doença,⁸ mas também da situação de privação de liberdade.

A categoria Relacionamento com os profissionais de saúde revelou que na percepção de alguns sujeitos, o apoio dos profissionais de saúde foi fundamental para o seguimento da terapêutica. Assim, observa-se que embora a modalidade oferecida tenha sido a de tratamento autoadministrado para todos os sujeitos, e que a assistência prestada pelos profissionais de saúde era fundamentalmente prescritiva e limitada à entrega da medicação, os doentes pareciam satisfeitos com o mínimo de cuidado ofertado. Verdadeiramente, pareciam tão desprotegidos socialmente que não reconheciam a necessidade de acompanhamento para as suas necessidades de saúde e, portanto, eram incapazes de reivindicar por melhorias nos cuidados de saúde.

Tem assistência aqui sobre esse tratamento, eles acompanham muito bem o paciente aqui, o medicamento chega certinho (...)” (D7).

“Rapaz, foi ótimo! Eles me atenderam muito bem estou tomando o remédio até hoje, graças a Deus” (D8).

É bem verdade que a situação assimétrica em que se encontram, mesmo tomando todas as precauções para o desenvolvimento das entrevistas, pode contribuir para que se posicionem positivamente em relação ao tratamento recebido e não coloquem críticas em relação à assistência prestada.

Estudos demonstram,^{5,8,17} que o vínculo positivo com os profissionais de saúde é de extrema importância no enfrentamento da doença, pois permite a identificação das necessidades individuais e o desenvolvimento de cuidados específicos.

Deste modo, a equipe de saúde deve estar ciente que a qualidade do vínculo instituído com os doentes, as atitudes e as práticas influenciam o seguimento da terapêutica e a superação de estigmas. Assim, estratégias efetivas como o tratamento diretamente observado e ações de educação em saúde que focalizam a tuberculose devem ser encorajadas para incentivar os pacientes a aderirem o tratamento e garantir o envolvimento de todos na luta contra a enfermidade.¹⁸

Entretanto, outros sujeitos reportaram não manter interação com os profissionais de saúde, neste caso o vínculo enfraquecido e o cuidado deficiente dificultam o seguimento terapêutico.

“Assistência? Oxeee! primeira vez que eu tô vindo agora homem, desde que eu descobri que estava com tuberculose, me chamaram aqui agora” (D11).

“Na verdade só vim depois que vim pegar o remédio mais depois disso não vim mais não. Rapaz tudo aqui dentro é difícil, tratamento, atendimento, tudo é difícil. Entendeu?” (D4).

Vale salientar que as ações de controle da tuberculose são prioritárias nos presídios brasileiros.¹⁹ Entretanto, há situações que acabam desfavorecendo o vínculo com a equipe de saúde no ambiente carcerário, como superlotação, além de aspectos que se referem aos próprios profissionais de saúde como a falta de recursos, o número reduzido de profissionais, os contratos de trabalho precários, a baixa remuneração, a alta rotatividade das equipes²⁰ e as limitações de acesso aos cuidados de saúde relacionadas às seguranças.²¹ Assim, é necessário refletir sobre o que pode ser feito para ampliar os cuidados de saúde e fortalecer o vínculo dos privados de liberdade com os profissionais de saúde penitenciária.

Desta forma, é necessário propor estratégias que possibilitem ampliar os cuidados de saúde e fortalecer o vínculo dos privados de liberdade com os profissionais de saúde penitenciária, enquanto outras ações, que proporcionem condições dignas para o cumprimento das penas, e condições que transformem a realidade de vida e de saúde dos brasileiros, oportunizando a inclusão social, e a não retirada do tecido social, assim como, a fundamental eliminação das desigualdades sociais não sejam efetivadas. Isto porque grande parte das situações que levam ao encarceramento é consequência da injustiça decorrente das desigualdades sociais.

É importante destacar que por ocasião da realização das entrevistas, verificou-se que alguns sujeitos não reconheciam a participação e apoio dos familiares, companheiros de cela e profissionais de saúde durante o enfrentamento da tuberculose, os quais preferiram não falar sobre o assunto. De fato, estes apresentavam-se abatidos e entristecidos, tal aspecto contribui negativamente para o processo de recuperação da doença.

Ademias, como possíveis limitações do estudo podem ser consideradas a não participação dos agentes penitenciários e demais profissionais do sistema carcerário, o que oportuniza a realização de estudos, visto que são importantes atores na rede de interações

sociais junto aos privados de liberdade e são essenciais na mediação entre os doentes e familiares, profissionais de saúde e sociedade.

CONCLUSÃO

As pessoas em situação de privação da liberdade e que apresenta tuberculose enfrenta duplo estigma em decorrência da situação de encarceramento, e o da própria doença, além da sujeição a um espaço de vulnerabilidade que fragiliza e potencializa os desgastes.

Neste estudo, verificou-se que o apoio e o suporte recebido principalmente pelas pessoas que conviviam na mesma situação de encarceramento e pelos familiares influenciou positivamente no seguimento do tratamento. Entretanto, o vínculo fragilizado pelas consequências do estigma e da exclusão social pareceu desmotivar os indivíduos na busca dos cuidados de saúde.

Tal situação pode ser superada, por meio de estratégias de educação em saúde que possibilitem o esclarecimento sobre a tuberculose, com a finalidade de diminuir a discriminação social, que parece ser o mais importante obstáculo, ao lado da exclusão social decorrente da própria situação de encarceramento. Nesse contexto, os profissionais de saúde tem papel primordial, e por isso a importância de fortalecer o vínculo com os doentes para apoiá-los no enfrentamento da tuberculose, por meio da identificação e reconhecimento das suas necessidades de saúde.

Ademais, é fundamental a necessidade de melhorar as condições de encarceramento e implementar políticas públicas de saúde, reconhecendo que as pessoas privadas de liberdade tem direito à saúde sem qualquer discriminação.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. 92 p.
2. Larouzé B, Ventura M, Sánchez AR, Diuana V. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. Cad. Saúde Pública [On line]. 2015 June; [citado 2018 Jan 31]; 31(6): 1127-1130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601127&lng=en

3. Prasad BM, Thapa B, Chadha SS, Das A, Babu ER, Mohanty S. Status of Tuberculosis services in Indian prisons. *Int J Infect Dis* [On line]. 2017 Feb; [citado 2018 Jan 31]; pii: S1201-9712(17): 30038-3. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201-9712\(17\)30038-3](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201-9712(17)30038-3)
4. Al-Darraji HAA, Altice FL, Kamarulzaman A. Undiagnosed pulmonary tuberculosis among prisoners in Malaysia: an overlooked risk for tuberculosis in the community. *Tropical Medicine and International Health*. [On line]. 2016 Aug; [citado 2018 Jan 31]; 21(8): 1049-1058. Disponível em: [http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(17\)30038-3/fulltext](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(17)30038-3/fulltext)
5. Santos MNA, Sá AMM. O ser-portador de tuberculose em prisões: um estudo de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [On line]. 2014 Jun; [citado 2018 Fev 03]; 18(2): 350-355. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200350&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140051>
6. Larouzé B, Ventura M, Sánchez AR, Diuana V. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. *Cad. Saúde Pública* [On line]. 2015 Jun; [citado 2018 Fev 03]; 31(6):1127-1130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601127&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE010615>
7. Touse MM, Popolin MP, Crispim JA, Freitas IM, Rodrigues LBB, Yamamura M. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. *Ciência & Saúde Coletiva* [On line] 2014 Nov; [citado 2018 fev 20]; 19(11):4577-4585. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104577&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.46062013>
8. Silva RD, Luna, FDT, Araújo AJ, Camêlo, ELS, Bertolozzi, MR, Hino P, et al. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. *BMC Public Health* [On line]. 2017 Sep; [citado 2018 Fev 03]; 17:725. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4752-3>
9. Minayo MCS. *Hermenêutica-dialética como caminho de pensamento social*, Organizador. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fio Cruz (RJ); 2002. P. 83-108.
10. Chirinos NEC, Meirelles BHS, Bousfield ABS. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. *Texto Contexto Enferm*. [On line]. 2017. [citado 2018 mar 02]; 26(1):e5650015. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100307&lng=en

11. Morris MD, Quezada L, Bhat P, Moser K, Smith J, Perez H. Social, economic, and psychological impacts of MDR-TB treatment in Tijuana, México: a patient's perspective. *Int J Tuberc Lung Dis*. *Int J Tuberc Lung Dis [On line]*. 2013 Jul; [citado 2018 mar 02]; 17 (7):954–60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3769163/>

12. Paz-Soldán VA, Alban RE, Jones CD, Oberhelman RA. The provision of and need for social support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [On line]. 2013 July; [citado 2018 mar 04]; 13:1–12. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-290>

13. Larouzé B, Sánchez A, Diuana V. Tuberculosis behind bars in developing countries: a hidden shame to public health. *Trans Roy Soc Tropic Med Hyg* [On line]. 2008 Sep. [citado 2018 mar 04]; 102(9):841–842. Disponível em: <https://academic.oup.com/trstmh/article-lookup/doi/10.1016/j.trstmh.2008.04.020>

14. Bourdillon PM, Gonçalves CCM, Pelissari DM, Arakaki-Sanchez D, Ko IA, Croda J. Increase in Tuberculosis Cases among Prisoners, Brazil, 2009–2014. *Emerg Infect Dis* [On line]. 2017 Mar; [citado 2018 mar 04]; 23(3): 496–499. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/3/16-1006_article.

15. Santos MNA, Sá AMM. Viver com tuberculose em prisões: o desafio de curar-se. Texto contexto - enferm [On line]. 2014 Dec; [citado 2018 Jan 31]; 23(4): 854–861. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00854.pdf.

16. Lacerda NB, Temoteo RCA, Figueiredo TMRM, Luna FDT, Sousa MAN, Abreu LC, et al. Individual and social vulnerabilities upon acquiring tuberculosis: a literature systematic review. [On line]. *Int Arch Med*. 2014; [citado 2018 mar 10]; 7:35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4110238/>.

17. Gebreweld FH, Kifle MM, Gebremicheal FE, Simel LL, Gezae MM, Ghebreyesus SS, et al. Factors influencing adherence to tuberculosis treatment in Asmara, Eritrea: a qualitative study. *Journal of Health, Population and Nutrition* [On line]. 2018; [citado 2018 mar 10]; 37:1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4110238/>.

18. Skinner D, Claassens M. It's complicated: why do tuberculosis patients not initiate or stay adherent to treatment? A qualitative study from South Africa. *BMC Infectious Diseases*[On line]. 2016; [citado 2018 mar 10]; 16:712. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5124309/>

19. Ministério da Saúde (BR). Departamento de vigilância epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

20. Sánchez AR, Diuana V, Larouzé B. Controle da tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. Cad Saúde Pública [On line]. 2010 Dec; [citado 2018 mar 10]; 26(5):850-1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400854&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000840013>.

21. Sánchez AR, Camacho LAB, Diuana V, Laurozé B. A tuberculose nas prisões: uma fatalidade? Cad. Saúde Pública [On line]. 2006 dez; [citado 2018 mar 10]; 22(12):2510-2511. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200001>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adoecimento por tuberculose deixa marcas profundas no ser doente e enfrentá-la no âmbito prisional é uma experiência difícil, talvez até mais difícil que a situação de confinamento, isso porquê a doença altera o cotidiano dos doentes e suas relações sociais. Além disso, os doentes enfrentam diversas limitações relacionadas a inadequação física e sanitária, carências nutricionais e dificuldades de acesso aos serviços e ações de saúde. Na percepção dos sujeitos esses aspectos tanto facilitam o adoecimento quanto dificultam o seu tratamento.

Deste modo, a vivência dos doentes com tuberculose são permeadas de diversos significados e sentimentos como a tristeza, angústia, medo da morte existencial e social, está última imposta pelo preconceito e estigma relacionado a doença e ao medo que as pessoas próximas têm de serem infectadas.

Por outro lado, quando os doentes se sentem apoiados por suas relações interpessoais, sentem-se mais encorajados a seguir corretamente o tratamento. O suporte social aliado a crença religiosa e o desejo de cura foi evidenciado como aspectos facilitadores na adesão ao tratamento da doença. A informação em saúde sobre a tuberculose foi percebida como instrumento essencial no correto seguimento terapêutico e na superação de estigmas e preconceitos, bem como, oportuniza a corresponsabilidade dos doentes e seus pares na consecução do tratamento.

Desta forma, evidencia-se a importância de oferecer um cuidado integral e humano as necessidades de saúde dos doentes e seus pares. Nessa perspectiva é fundamental fortalecer a articulação entre o setor judicial, da saúde e sociedade para somar forças no controle da tuberculose nesse público, para isso é importante desenvolver estratégias que visem o aconselhamento motivacional, educação em saúde e tratamento diretamente observado que são fatores que potencializam a adesão ao tratamento, por empoderar a todos na luta contra a enfermidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Rev. Saúde Pública. 2010 Feb; 44(1): 200-202. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100023>
2. Silva RD, Luna, FDT, Araújo AJ, Camêlo, ELS, Bertolozzi, MR, Hino P, et al. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. BMC Public Health. 2017 Sep; 17:725.doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4752-3>
3. Bertolli Filho C. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-8575410067.pdf>
4. Porto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Rev Saúde Pública. 2007;41(supl 1):43-9.
5. Geraldés SMLS, Figueiredo VSH, Eli GC, Cruz OSA, Scatena VTC. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007 Oct; 15(spe): 762-767. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700008>
6. World Health Organization. Global tuberculosis. [Report serial] 2009. Disponível em: <http://www.who.int/gtg/publications>
7. Macedo RL, Maciel ELN, Struchiner CJ. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2017 Dez; 26(4):783-794.doi: [10.5123/S1679-49742017000400010](https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400010)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília; 2014. 384 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf

10. Neto LFSP, Vieira NFR, Cott FS, Oliveira FMA. Prevalência da tuberculose em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Bras Clin Med. SP*, 2013; 11(2): 118-22.

11. Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) no Município de São Paulo. [Tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 (versão impressa).

12. World Health Organization. Global Tuberculosis Report: WHO; 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf.

13. Sulis G, Roggi A, Matteelli, Raviglione MC. Tuberculose: Epidemiologia e Controle. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2014; 6 (1): e2014070. doi: 10.4084 / MJHID.2014.070.

14. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, Vries G, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. *Eur Respir J*. 2015 Apr;45(4):928-52. doi: 10.1183/09031936.00214014.

15. Craig GM, Zumia A. The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. *Int J Infect Dis*. 2015; 32: 105-110. doi: 10.1016 / j.ijid.2015.01.007.

16. Luna FDT, Temóteo RCA, Silva EL, Lacerda SNB, Abreu LC, Fonseca FLA, et al. Adherence to tuberculosis treatment: programatic vulnerability elements. *International Archives of medicine*. 2015;8(207). doi: <http://dx.doi.org/10.3823/1806>

17. Temóteo RCA, Luna FDT, Lacerda SNB, Abreu LC, Fonseca FLA, Silva EL, et al. Accession to tuberculosis treatment: individual and social vulnerability elements. *International Archives of medicine*. 2015; 8(206). doi: <http://dx.doi.org/10.3823/1805>

18. Herrero MB, Ramos S, Arrossi S. Determinantes da não adesão ao tratamento da tuberculose na Argentina: barreiras relacionadas ao acesso ao tratamento. *Rev bras epidemiol*. 2015; 18 (2): 287-98. doi: 10.1590 / 1980-5497201500020001

19. Touse MM, Popolin MP, Crispim JA, Freitas IM, Rodrigues LBB, Yamamura M et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 Nov; 19(11): 4577-4586. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.46062013>

20. Deshmukh RD, Dhande DJ, Sachdeva KS, Sreenivas AN, Kumar AMV. Social support a key factor for adherence to multidrug-resistant tuberculosis treatment. *Indian Journal of Tuberculosis*. 2018 Jan; 65 (1):41-47. doi. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2017.05.003>
21. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2017*. Genebra, 2017. Disponível em: http://www.who.int/entity/tb/publications/global_report/MainText_13Nov2017.pdf?ua=1.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Brasília (DF). 2018; 49(11). Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>.
23. 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-DF, 2017.
24. Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015 Mar; 31(3):543-554. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00042914>
25. World Health Organization. *Tuberculosis in prisons*. 2017 Fer. Disponível em: <http://www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/prisons-facts/en/>
26. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de informações penitenciárias- INFOPEN 2016*. Disponível em: http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Controle da Tuberculose: Apresentação Padrão, 2015*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/743-secretaria-svs>
28. Henostroza G, Topp SM, Hatwiinda S, Maggard KR, Phiri W, Harris JB, et al. The High Burden of Tuberculosis (TB) and Human Immuno deficiency Virus (HIV) in a Large Zambian Prison: A Public Health Alert. *PLoS One*. 2013 Aug; 8(8):e67338. doi. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067338>
29. Melchers NVS, Esland SLV, Lange JMA, Borgdorff MW, Honbergh JVD. State of Affairs of Tuberculosis in Prison Facilities: A Systematic Review of Screening Practices and Recommendations for Best TB Control. *PLoS One*. 2013 Jan; 8(1):e53644. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053644>

30. Mburu G, Restov E, Kibychi E, Holland P, Harries AD. Detention of people lost to follow-up on TB treatment in Kenya, The Need for human rights-based alternatives. *Health. Hum. Rights.* 2016 Jun; 18(1): 43-54. PMID:PMC5070679
31. Larouzé B, Ventura M, Sánchez AR, Diuana V. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. *Cad. Saúde Pública.* 2015 Jun; 31(6):1127-1130. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE010615>
32. Herrera M, Bosch P, Nájera M, Aguilera X. Modeling the spread of tuberculosis in semiclosed communities. *Computational and mathematical meyhods in medicine.* 2013 May;2013(648291):14. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/648291>
33. Prasad BM, Thapa B, Chadha SS, Das A, Babu ER, Mohanty S. Status of Tuberculosis services in indian prisons. *Int J Infect Dis.* 2017 Feb; pii: S1201-9712(17): 30038-3.doi: 10.1016/j.ijid.2017.01.035
34. Al-Darraji HAA, Altice FL, Kamarulzaman A. Undiagnosed pulmonary tuberculosis among prisoners in Malaysia: an overlooked risk for tuberculosis in the community. *Tropical Medicine and International Health.* 2016 Aug; 21(8): 1049-1058. doi: 10.1111/tmi.12726
35. Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. *Saúde debate.* 2014 Sep; 38 (102): 572-581. doi. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140053>
36. Diuana V, Lhuiler D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008 Ago; 24 (8): 1887-1896.doi. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>
37. Paião DSG, Lemos EF, Carbone ASS, Sgarbi RVE, Junior AL, Silva FM, et al. Impact of mass-screening on tuberculosis incidence in a prospective cohort of Brazilian prisoners. *BMC Infectious Diseases.* 2016 Out; 16:533. doi: 10.1186/s12879-016-1868-5
38. Sánchez A, Larouzé B. Controle de tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro. *Cad. de Saúde Pública.* 2016 July; 21(7):348-355.doi. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08182016>.
39. Navarro PD, Almeida IN, Kritski AL, Ceccato MG, Maciel MMD, Carvalho WS, et al. Prevalence of latent Mycobacterium tuberculosis infection in prisoners. *J. bras. Pneumol.* 2016 July; 42(5):348-355. doi: 10.1590/S1806-37562016000000001

40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano nacional pelo fim da tuberculose. Brasília, 2017, 40 p. Disponível em:
<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>
41. United Nations (UN). General Assembly. Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment. New York. 1988. Disponível em:
<http://www.un.org/documents/ga/res/43/a43r173.htm>
42. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. 1988; 5 out. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/douconstituicao88.pdf
43. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: Portaria Interministerial Nº 1777 de 09/09/03. Brasília: Editora do Ministério da Saúde;2004. Disponível em:
<http://www.crpsp.org.br/sistemaprisional/leis/2003Portaria1777.pdf>
44. Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. Saúde debate. Rio de Janeiro. 2014 set; 38(102):572-581.doi.
<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140053>
45. Irala DA, Cezar-Vaz MR, Cestari ME. Trabalho em saúde com pacientes apenados: sentidos metafóricos gerados no contexto hospitalar. Acta Paul Enferm. 2011; 24(2):206-12.doi. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200008>
46. Santos MNA, Sá AMM. Viver com tuberculose em prisões: o desafio de curar-se. Texto contexto - enferm. 2014 Dec; 23(4): 854-861. doi. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000840013>
47. Santos MNA, Sá AMM. O ser-portador de tuberculose em prisões: um estudo de enfermagem. Esc. Anna Nery. 2014 Jun; 18(2): 350-355. doi. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140051>.
48. World health organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf
49. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

50. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho de pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. 3rd reprint. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2013.

51. João Pessoa, OF. Nº.003/2017 de 26 de janeiro de 2017. Ofício da Coordenação de Saúde Prisional (SEAP).

52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acessado em 04 de Janeiro de 2016.

53. Paraíba (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. Plano diretor de regionalização da Paraíba – PDR-PB. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2008. <http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf>. Acessado em 22 de abril de 2017.

54. Universidade Estadual da Paraíba. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa. Edital da PROPESQ 2015; 2015. Disponível em: <http://proreitorias.uepb.edu.br/prpgp/wp-content/uploads/sites/6/2015/12/EDITAL-PROPESQ-2015-1.pdf>

55. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Aprova diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE A– Instrumento de coleta de dados

Entrevista: Título da pesquisa – Enfrentamento da Tuberculose pelos doentes privados de liberdade.

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO:
Município da unidade prisional: _____
Nome da unidade prisional: _____
Nº do formulário: _____
Nº do pavilhão/Cela: _____
Iniciais do entrevistado: _____
Entrevistador: _____
Data da coleta de dados: ____/____/____
Data da digitação 1: ____/____/____ Ass: _____
Data da digitação 2: ____/____/____ Ass: _____

Coordenação Geral: Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Universidade Estadual da Paraíba

Parcerias:

- Universidade Estadual da Paraíba
- Secretaria Estadual da Saúde/PB
- Secretaria Estadual de Administração Penitenciária

CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO
1. Sexo: a. () Masculino b. () Feminino
2. a. Data de nascimento: ____/____/____ b. Idade: ____ anos
3. Escolaridade:(em anos de estudo concluídos) a. () Sem escolaridade b. () 1 a 4 c. () 5 a 8 d. () 9 a 11 e. () ≥ 12 anos 99. () NS/NR
4. Tempo de permanência na prisão atual: _____ a. () dia(s) b. () mês(s) c. () ano(s) 99. () NS/NR
5. Tipo de Entrada no Sinan: a. () Caso novo b. () Recidiva c. () Reingresso após abandono d. () Transferência
6. Em que mês se encontra o tratamento? a. () 1 mês b. () 2 meses c. () 3 meses d. () 4 meses e. () 5 meses f. () 6 meses 99. () NS/NR
7. Forma Clínica da Tuberculose: a. () Pulmonar b. () Extrapulmonar c. () Pulmonar + Extrapulmonar 99. () NS/NR
8. Tipo de Tratamento que realiza para a Tuberculose: a. () TDO (<i>pele menos três vezes na semana durante todo o tratamento</i>) b. () Auto administrado 99. () NS/NR
9. Comorbidade: a. () Sim b. () Não 99. () NS/NR 9.1 Se a resposta for sim, responda qual (s): a. () Aids b. () Diabetes c. () Neoplasia d. () Transtornos mentais e. () Hemodiálise f. () Sífilis g. () Corticoterapia prolongada h. () Transplante de órgão i. () Tabagismo j. () Alcoolismo k. () Drogas ilícitas l. () Outra 99. () NS/NR
10. Recebe visitas de familiares e amigos? a. () Sim b. () Não 10.1. Se sim, quantas vezes por mês? ____/mês
11. Dados Qualitativos (a entrevista deverá ser gravada)
11.1. Fale sobre a experiência de ser doente com tuberculose na prisão.
11.2- Fale sobre a convivência e assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o tratamento da tuberculose.
11.3 Fale sobre a convivência dos companheiros de cela durante o processo de enfrentamento da tuberculose.
11.4 Fale como ficou o relacionamento com os familiares durante o adoecimento da tuberculose.

APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE)

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**A tuberculose e a coinfeção TB-hiv/Aids na população privada de liberdade**” coordenado pela Professora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, da Universidade Estadual da Paraíba. O presente estudo objetiva Compreender o processo de enfrentamento da tuberculose pelos doentes privados de liberdade.

A pesquisa visa contribuir no planejamento, organização, execução, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da Tuberculose nos presídios do Estado, em vista a melhoria da qualidade de vida da população privada de liberdade e seus comunicantes, bem como, aumentar a visibilidade regional, nacional e internacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação dos serviços de atenção à tuberculose nas penitenciárias.

Solicitamos a sua colaboração para que a entrevista seja gravada, bem como, a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Seu nome não será identificado e será sempre mantido em sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer informações caso não se sinta confortável e pode desistir do estudo a qualquer momento, sem sofrer nenhum prejuízo em seu acesso as ações de saúde.

Informamos que não haverá qualquer despesa ou ônus financeiros aos pacientes voluntários deste projeto científico, e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável.

Aos pesquisados caberá ao desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados a equipe médica, indivíduo e/ou familiares, cumprindo exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, se for de seu interesse poderá ter acesso ao conteúdo da pesquisa, e discutir os dados com o pesquisador.

Se você tiver dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante do estudo, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, pelo endereço Rua das Baraúnas, 351- Campus Bodocongó, CEP: 58109-753- Campina Grande, PB, Brasil. Telefone: 3315-3373.

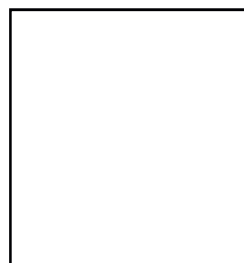
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo. E-mail: taniaribeiro@ccbs.uepb.edu.br, Telefone: (83) 3344-5331.

Pesquisador _____

Declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa.

Receberei uma via deste documento e uma via ficará com a pesquisadora responsável pelo projeto.

Assinatura do Participante da Pesquisa



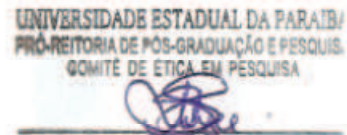
ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



PARECER DO RELATOR: (02)

Número do Parecer: 52879215.4.0000.5187

Título: “A TUBERCULOSE E A COINFECÇÃO TB-HIV/AIDS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE”.

Data da relatoria: 29 de fevereiro de 2016

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, transversal, com abordagem quantiquantitativa. De inquérito para avaliação dos serviços de saúde prisional. O estudo será desenvolvido em unidades prisionais do Estado da Paraíba, distribuídas nos seguintes municípios: 04 em João Pessoa, 03 em Campina Grande, 01 em Patos, 01 em Souza e 01 em Cajazeiras. Farão parte do estudo, a população privada de liberdade, apresentando quadro de sintomáticos respiratórios, bem como, os casos de tuberculose e coinfectados TB_HIV/Aids, notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan), que estejam em regime de reclusão no Sistema Prisional da Paraíba. Serão adotados como critérios de inclusão, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com capacidade de comunicação verbal e compreensão preservados. Os casos notificados que estiverem hospitalizados no período do estudo, ou que estiverem duplicados no banco de dados, serão excluídos, durante a obtenção da amostra do estudo. A coleta de dados será realizada através de entrevistas com um instrumento semiestruturado, que será elaborado de acordo com as categorias de E-P-R (HARTZ, 1997). Será realizada nas unidades penitenciárias, com o auxílio de gravadores de voz para contemplar as variáveis qualitativas. Os dados secundários serão coletados do Sinan, prontuários e fichas, bem como, resultados do exame teste rápido. Os dados quantitativos serão tabulados em planilhas eletrônicas, através do Microsoft Excel 2010, utilizando a técnica da dupla

verificação, com a finalidade de evitar possíveis erros de digitação. Em seguida, serão transferidos para a tabela de entrada de dados do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), para obtenção e análise de distribuição das frequências absolutas, relativas, médias e medianas de todas as variáveis. Os testes estatísticos que serão aplicados levarão em consideração o nível de significância de 5 %. Na análise dos dados qualitativos será utilizada a Hermenêutica dialética (MINAYO 2002; SANCHEZ, 2009) e a teoria do percurso gerativo de sentido, como metodologias direcionadas à investigação, pensamentos e compreensão do indivíduo, pois envolve aspectos objetivos e subjetivos, na tentativa de compreender a sua realidade, e neste caso, a realidade dos doentes de TB e/ou TB-HIV/Aids no sistema prisional da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar casos de tuberculose e coinfeção TB-HIV/Aids nas unidades penitenciárias do Estado da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos, para os sujeitos do estudo. Dentre os benefícios, contribuirá com o controle da tuberculose e coinfeção TB-HIV/Aids na população privada de liberdade no Estado da Paraíba/PB. Ainda são escassos os estudos sobre a TB e coinfeção TB-HIV/Aids na população privada de liberdade, nesse sentido, busca-se um maior conhecimento sobre a temática, compreender a situação da doença inserida no contexto de condições de vida dessa população em estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apona-se como potencial impacto científico, o ineditismo do estudo, que apontará para melhoria da qualidade de vida da população privada de liberdade e seus comunicantes, bem como, na avaliação de desempenho dos serviços de atenção à saúde prisional no que tange ao combate e controle da tuberculose.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sendo o protocolo de pesquisa um conjunto de documentos contemplando a descrição de pesquisa em seus aspectos fundamentais o atual projeto, atende assim aos critérios e diretrizes da Resolução 466/12 do CNS/MS.O pesquisador apresenta todos os termos exigidos para a realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, sou de parecer Aprovado, salvo melhor juízo.

Situação do parecer:

Aprovado (X)

Pendente ()

Retirado () – quando após um parecer de pendente decorrem 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

Não Aprovado ()

Cancelado () - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBÁ/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Dornócia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B- Autorização de utilização dos dados da pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Venho através deste, autorizar a mestrande ROSIANE DAVINA DA SILVA a utilizar parte dos dados coletados da pesquisa **“A tuberculose e a coinfeção TB-hiv/Aids na população privada de liberdade”**, sobre minha coordenação, para a elaboração da dissertação de mestrado intitulada **“Enfrentamento da tuberculose pelos doentes privados de liberdade”**.


Resulta-se o compromisso de publicação de resultados com minha participação.

Campina Grande, 24 de Julho de 2017



Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Coordenadora do Projeto de Pesquisa

ANEXO C- Autorização para a realização da pesquisa nos presídios

 **GOVERNO DA PARAÍBA**
www.paraiiba.pb.gov.br


SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

TERMO INSTITUCIONAL

João Pessoa, 08 de maio de 2017.

Tendo lido e estando de acordo com a proposta, a Gerência Executiva de Ressocialização da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária autoriza a realização da pesquisa intitulada "ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE PELOS DOENTES PRIVADOS DE LIBERDADE" que será desenvolvida pela pesquisadora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, a qual orientará a mestranda Rosiane Davina da Silva, RG 3.793.482 SSP/PB.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/2012, sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para a referida Secretaria.


Zínelma Albuquerque Maia
Gerente Executiva de Ressocialização
Matrícula: 172.170-4

Gerência Executiva de Ressocialização - SEAP
Centro Administrativo Integrado do Governo do Estado
Avenida João da Mata, s/n - Bloco II, 5º andar - Jaguaribe,
CEP. 58.019-900 - João Pessoa/PB.
Fone: 83 3218.4468