

CATÓLICA DE VITÓRIA CENTRO UNIVERSITÁRIO

DANNYELLE SANTOS GOMES

TUBERCULOSE NO CÁRCERE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

VITÓRIA

2018

DANNYELLE SANTOS GOMES

TUBERCULO NO CÁRCERE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Católica de Vitória Centro Universitário, como
requisito obrigatório para obtenção do título de
bacharel em Enfermagem

Orientador(a): Prof.(a). Jeremias Campos

VITÓRIA

2018

DANNYELLE SANTOS GOMES

TUBERCULO NO CÁRCERE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Católica de Vitória Centro Universitário, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof.(a). Jeremias Simões Campos – Orientador(a)

Prof(a). Cláudia Manola, UCV

Prof(a). Lívia Bedin, UCV

AGRADECIMENTOS

Obrigada meu Deus, por me permitir chegar até aqui em meio a tantas lutas.

Agradeço a minha Mãe Elizabeth, meu irmão Junior e em especial ao meu Pai Antonio que esteve ao meu lado durante esses dias me ajudando para que eu conseguisse terminar a minha pesquisa, sem ele nada disso seria possível.

As minhas amigas Rafaela Coelho, Maria Esther, Solange, Lorraine, Nathalia obrigada pelo apoio nesses dias difíceis, cada palavra de incentivo me dava força pra seguir em frente.

Minha querida Jéssica Bianca que me acordava e me colocava de volta ao mundo, e me fazendo acreditar que tudo é possível e que estava fazendo o certo, você foi um presente na minha vida.

As minhas parceiras fieis Andressa, Cleres, Patrícia obrigada pelo apoio foi essencial.

Ao meu para sempre Chefe Anderson Juvenato, por me incentivar nessa pesquisa e me ensinar amar todo esse universo que a Saúde Prisional.

E toda família do Centro de Detenção Provisória (CDPS) sob a direção de Claudio Nienke muito obrigada por tudo.

Obrigada família por todas as orações e por acreditarem no meu potencial.

Agradeço ao meu Orientador Jeremias Simões Campos por ter despertado toda minha capacidade e pelo empenho no desenvolvimento desse trabalho, sem você não seria possível.

Até aqui o senhor me sustentou!!!

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar.

RESUMO

A tuberculose é a segunda doença mais infecciosa dos últimos tempos, ela atinge principalmente os pulmões, mas pode ocorrer em outras partes do corpo, mas exclusivamente nesse estudo iremos falar somente da tuberculose pulmonar, pois é o tipo mais comum da doença. Essa pesquisa tem o objetivo de: Avaliar a produção científica sobre tuberculose no sistema prisional; Descrever os programas de tuberculose no sistema prisional; As práticas de assistência de enfermagem programas ao apenado com tuberculose. Trata-se de uma revisão bibliográfica de pesquisas científicas, sobre a tuberculose no cárcere. Utiliza-se nesse estudo uma abordagem análise qualitativa. Nessa pesquisa bibliográfica foram utilizados como fonte de dados as seguintes bases: Scientific electronic library online(Scielo), Sistema online de busca e análise de literatura médica(Medline), além de leis, portarias, manuais e protocolos, tanto do Ministério da Saúde (MS) quanto da Secretária Nacional de Justiça (SNJ). O período de publicação dos materiais compreende entre os anos de 2000 a 2017, exceto para as leis, portarias, e manuais que podem ter datas inferiores à estipuladas.

Palavras-chave: Tuberculose, cárcere, política de saúde e assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Tuberculosis is the second most infectious disease of recent times, it hits mainly the lungs, but can occur in other parts of the body, but exclusively in this study we will talk only of pulmonary tuberculosis, because it is the most common type of disease. This research aims to: Assessing the scientific production of tuberculosis in the prison system; To describe tuberculosis programs in the prison system; Nursing care practices programs to sorry with tuberculosis. It is a bibliographical review of scientific research, on tuberculosis in prison. It is used In this study a qualitative analysis approach. In this bibliographical research, the following bases were used as a source of data: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Online system of search and analysis of medical literature (Medline), in addition to laws, ordinances, manuals and protocols, both from the Ministry of Health (MS) and the National Secretary of Justice (SNJ). The period of publication of the materials comprises between the years 2000 to 2017, except for the laws, ordinances, and manuals that may have dates lower than the stipulated.

Keywords: Tuberculosis. Jail. Health policy and nursing care.

LISTA DE SIGLAS

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
BCG – Bacilo Calmette Guerin
SEJUS – Secretaria de Justiça
DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional
CPB – Código Penal brasileiro
SNJ – Secretaria Nacional de Justiça
MS – Ministério da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
IST- Infecção Sexualmente Transmissível
PPI – Programação Pactuada Integrada
TDO – Tratamento Diretamente Observado
UAT – Unidade de Acompanhamento de Tuberculose
USSP – Unidade de Saúde do Sistema Prisional
ESF – Estratégia de Saúde da Família
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 Objetivo Geral	19
1.1.2 Objetivo Específico	19
1.2 JUSTIFICATIVA	19
 2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 BREVE CONSIDERAÇÕES HISTÓRICA DA TUBERCULOSE.....	21
2.2 TUBERCULOSE E SUAS CONCEPÇÕES: DO CONTEXTO SOCIAL Á FISIOPATOLOGIA DA TUBERCULOSE PULMONAR	23
2.3 SISTEMA PRISIONAL	30
 3 METODOLOGIA	35
 4 RESULTADOS.....	37
4.1 TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL	37
4.2 PROGRAMAS DE TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL	38
4.3 ASSISTÊNCIA DE SAÚDE AO APENADO COM TUBERCULOSE.....	43
 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
 6 REFERÊNCIAS.....	53

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é a segunda doença mais infecciosa dos últimos tempos, ela atinge principalmente os pulmões, mas pode ocorrer em outras partes do corpo, mas exclusivamente nesse estudo iremos falar somente da tuberculose pulmonar, pois é o tipo mais comum da doença (FUNDAÇÃO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2013).

Acredita-se que 2 milhões de pessoas encontram-se infectados pelo bacilo de kock, 10% (aproximadamente 2 milhões de pessoas) irá contrair a doença, pessoas essas que possuem uma baixa imunidade, sofrem de doenças crônicas, entre outros fatores, estão suscetíveis a contrair tuberculose no futuro (FUNDAÇÃO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2013).

Cerca de 8,6 milhões de pessoas contraíram tuberculose em 2012; e 1,3 milhões de pessoas foram a óbito devido a doença, no qual 320 mil pessoas são portadores do vírus da imunodeficiência humana VIH co-infectados de tuberculose. No mundo 13% dessa população equivale 1,1 milhões, 35% reside em países africanos, existem 75% VIH em todo mundo (FUNDAÇÃO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2013).

Em 2014, realizou-se a Assembleia Mundial de Saúde na qual o objetivo era um novo método para enfrentar a tuberculose, com a finalidade de acabar com a doença no máximo em 2035, para alcançar uma incidência de 10/100 habitantes. A partir dessa assembleia iniciou a implantação do Plano Nacional pelo fim da doença, com a finalidade de erradicar a tuberculose de saúde pública (BRASIL, 2017).

Em 2015 cerca de 10,4 milhões da população teve TB e 1 milhão foi a óbito devido a doença. Isso só nos mostra o quanto a tuberculose ainda é sério e um obstáculo na saúde pública a ser vencido (BRASIL, 2017).

Em 1944, a mortalidade da tuberculose no Espírito Santo no município de Vitória obteve 365,7 a cada 100.000 cidadãos, mas obteve uma baixa 187,4 por 100.000 cidadãos. Somente em 1930 que houve ações para combater a tuberculose a partir das iniciativas dos médicos e sociedades civis, para ajudar a população mais pobre, na qual o poder público esqueceu (RIOS, 2009).

No Espírito Santo somente entre os anos de 1990 e 1993 conseguiram ter o controle da quantidade de pessoas que adquiriram tuberculose no estado, porque ocorreu a criação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) aonde são

registrados todos os casos de doença de notificação compulsória, nos quais são enviados para Secretária de Saúde para ser digitalizados. O SINAN está previsto e estabelecido na portaria no 1882/GM de 18/12/1997 (MOREIRA, 2008; MARCIEL, 2008).

A incidência de tuberculose no Espírito Santo é de 40,4 casos novos para 100 mil habitantes, correspondendo que oito desses municípios é considerados como preferencial para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) entre eles o município de Vitória; Por ser a capital do Estado, Vitória convive com grande dificuldade social, com o aumento da HIV/AIDS e o envelhecimento populacional (BRASIL, 2005).

Em 2003 o Espírito Santo notificou 1.321 novos casos de tuberculose de todos os tipos clínicos, com incidência de 40,6 novos casos para 100.000 habitantes, nas quais os municípios prioritários registram 919 casos nos quais equivale 70,2% do total de novos casos (MOREIRA, 2008; MACIEL, 2008).

Descritores em saúde: Tuberculose, cárcere, política de saúde e assistência de enfermagem.

1.1.1 Motivação do autor

Ao discutir a tuberculose no sistema prisional antes de mais nada, é necessário descrever uma vivência no período de 05 novembro de 2016 a 20 de junho de 2018 como acadêmica de enfermagem na Secretária de Justiça do Espírito Santo (SEJUS).

Esse período na secretária me fez ter um novo olhar sobre os internos do sistema prisional, a real situação em que vivem e observei o quanto necessitam de um cuidado humanizado, sem sequer um julgamento pelo fato de estar em cárcere, mas infelizmente essa não é a realidade deles ao ser atendidos por outros profissionais.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a produção científica sobre tuberculose no sistema prisional.

1.1.2 Objetivo Específico

Identificar os programas de tuberculose desenvolvidos no sistema prisional;

Descrever as práticas de assistência de enfermagem /programas ao apenado com tuberculose.

1.2 JUSTIFICATIVA

Dessa forma, no Brasil a população carcerária apresenta crescimento constante tendo como consequência a necessidade de olhar para a saúde dessas pessoas. Ganha destaque a Tuberculose Pulmonar no Sistema prisional justamente porque a incidência e a prevalência de nesse grupo é cinquenta vezes maior se comparado a população geral, tornando um grande problema de saúde pública em todo mundo. Frente exposto a esse trabalho é relevante para complementar a produção científicos que retrata a tuberculose pulmonar no sistema prisional brasileiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE CONSIDERAÇÕES HISTÓRICA DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença muito antiga no qual seus primeiros relatos ocorreram há mais de 500 a.C., em múmias egípcias no qual apresentou uma anomalia específica da tuberculose, encontrada no DNA do *Mycobacterium tuberculosis* (MACIEL et al., 2012).

Encontrados nos arquipélagos da América do Sul, apontam o vírus da tuberculose pulmonar em uma múmia peruana que morreu a cerca de 1.100 a.C., no qual foram retirados e examinados fragmentos de tecidos, detectando-se sequências compatíveis de DNA do *Mycobacterium tuberculosis*. Acredita-se que seja essa a primeira caso de tuberculose confirmada na era pré-colombiana do continente americano. Assim a doença só foi considerada como surto epidemiológico na população indígena somente quando ocorreu a colonização europeia, doença na qual trás consequências graves até os dias de hoje (MENDES et al., 2012).

No Brasil a tuberculose chegou junto com a colonização jesuíta e colonos infectados pela “Peste branca” na qual era conhecida a tuberculose na época, o contato com o povo branco provocou o adoecimento dos índios e a morte de vários nativos. Historiadores relatam que no país o primeiro portador de tuberculose tenha sido o Padre Manoel de Nobrega em 1549 (MENDES et al., 2012).

No decorrer do Brasil império ocorreu suspeita que a tuberculose em 1555, matava 1/150 habitantes, com esse alto índice de mortalidade a saúde pública apresentou um maior destaque a doença, por intermédio do Dr. Francisco de Paula Cândido, na qual comandou a junta Central de Higiene do Império onde se instalou medidas sanitárias para controle da tuberculose, tendo em vista a abordagem para condições de higiene em habitantes de moradias coletivas, ditas como “cortiços” e das epidemias de tuberculose, varíolas, febre amarela e disenterias nas quais era habituais no Rio de Janeiro, a partir de 1870 diversas leis foram criadas para assuntos habituais e questões sanitárias (MENDES et al., 2012).

No século XX a tuberculose, representou o aumento da mortalidade no Brasil em cerca de 700 óbitos a cada 100.000 habitantes, mesmo com toda essa alta taxa de mortalidade a tuberculose não representava motivo de preocupação pela sociedade

da época. Era vista como uma doença refinada, na qual era motivada pelo romantismo entre intelectuais, artistas e boêmios, com a doença os artistas se expunham seus sentimentos ao longo do que a doença originava ou pela maneira que ela lhe garantia (MENDES et al.,2012).

O poder público foi muito ausente no combate à tuberculose, com isso permitiu que médicos, sociedades civis criassem as primeiras instituições para os problemas com a doença, seguindo os modelos europeus. Em 1899 foi fundada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose o Rio de Janeiro, atual Fundação Athaulpho de Paiva e Liga Paulista Contra a Tuberculose que atuava na disseminação de métodos de tratamento e profilaxia, destacando: Campanha de educação sanitária, atendimento aos pobres, estímulo a criação de sanatórios, dispensários e preventórios (MENDES et al.,2012).

A atuação do setor público só foi conhecida na luta de combate à tuberculose com Oswaldo Cruz, no qual o diretor geral de saúde pública constituiu o plano de ação contra a tuberculose. A reforma Carlos Chagas em 1920 foi aonde ocorreu o maior comprometimento do Estado para controle da tuberculose, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, com o objetivo de estabelecer o diagnóstico e tratamento da tuberculose, além de aplicar a prevenção da doença. Em 1927 a vacina Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) foi criada sob a supervisão da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, vacina atenuada na qual é originada do Bacilo Calmette e Guérin. Manoel Dias de Abreu desenvolveu um novo tipo de diagnóstico o “abreugrafia” que combinava a radiografia de tórax e a fotografia, na qual se difundiu e se tornou um procedimento de rasteio da tuberculose (MENDES et al., 2012).

As altas taxas de mortalidade durante o século XX permaneceram até o final dos anos 40, a partir daí começaram a utilizar medicamentos para o tratamento da tuberculose, na qual foi apontada como a principal causa de óbitos da época em todas as capitais, superando doenças como pneumonia, diarreias, calcula-se que 10% dos óbitos em São Paulo foi devido à tuberculose (MENDES et al., 2012).

Em 1944, a mortalidade da tuberculose no Espírito Santo no município de Vitória chegou a 365,7 a cada 100.000 habitantes, mas obteve uma baixa 187,4 por 100.000 habitantes. Somente em 1930 que houve ações para combater a tuberculose, a partir das iniciativas dos médicos e sociedades civis para ajudar a população mais pobre, na qual o poder público esqueceu (RIOS, 2009).

No Espírito Santo somente entre os anos de 1990 e 1993 ocorreu à criação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) aonde são registrados todos os casos de doença de notificação compulsória, nos quais os registros são enviados para Secretária de Saúde para ser digitalizados. O SINAN está previsto e estabelecido na portaria no 1882/GM de 18/12/1997 (MOREIRA, 2008; MARCIEL, 2008).

A incidência de tuberculose no Espírito Santo é de 39,4 casos novos para 100 mil habitantes, sendo que para oito municípios que compõe a região metropolitana da grande vitória são: Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória são classificados como prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Destaca se entre esses município a capital Vitória que convive grande dificuldade social, com o aumento de casos de HIV/AIDS e o envelhecimento populacional (VIEIRA et al., 2007).

Em 2003 o Espírito Santo notificou 1.321 novos casos de tuberculose de todos os tipos clínicos, com incidência de 40,6 novos casos para 100.000 habitantes, nas quais os municípios prioritários registram 919 casos nos quais equivale 70,2% do total de novos casos (MOREIRA, 2008; MACIEL, 2008).

2.2 TUBERCULOSE E SUAS CONCEPÇÕES: DO CONTEXTO SOCIAL À FISIOPATOLOGIA DA TUBERCULOSE PULMONAR

A Tuberculose é uma doença infecciosa na qual deixa o indivíduo totalmente vulnerável, doença que mais acomete os menos favorecidos devido à falta de educação em saúde, pois a sua transmissão é por vias aéreas (GONÇALVES, 2000).

Existem pesquisas que relatam que a tuberculose é a doença que transmite de um indivíduo a outro, isso se dá devido ao ar contaminado, ambiente agregado com a falta de asseio próprio, conforme os aerossóis são expelidos no ar a doença vai se espalhando; Com o desenvolvimento vertiginoso e desordenado (GONÇALVES, 2000).

Devido à tuberculose no Brasil está ligado ao romantismo pelos artistas da época Manoel Bandeira descreveu a doença em um Poema:

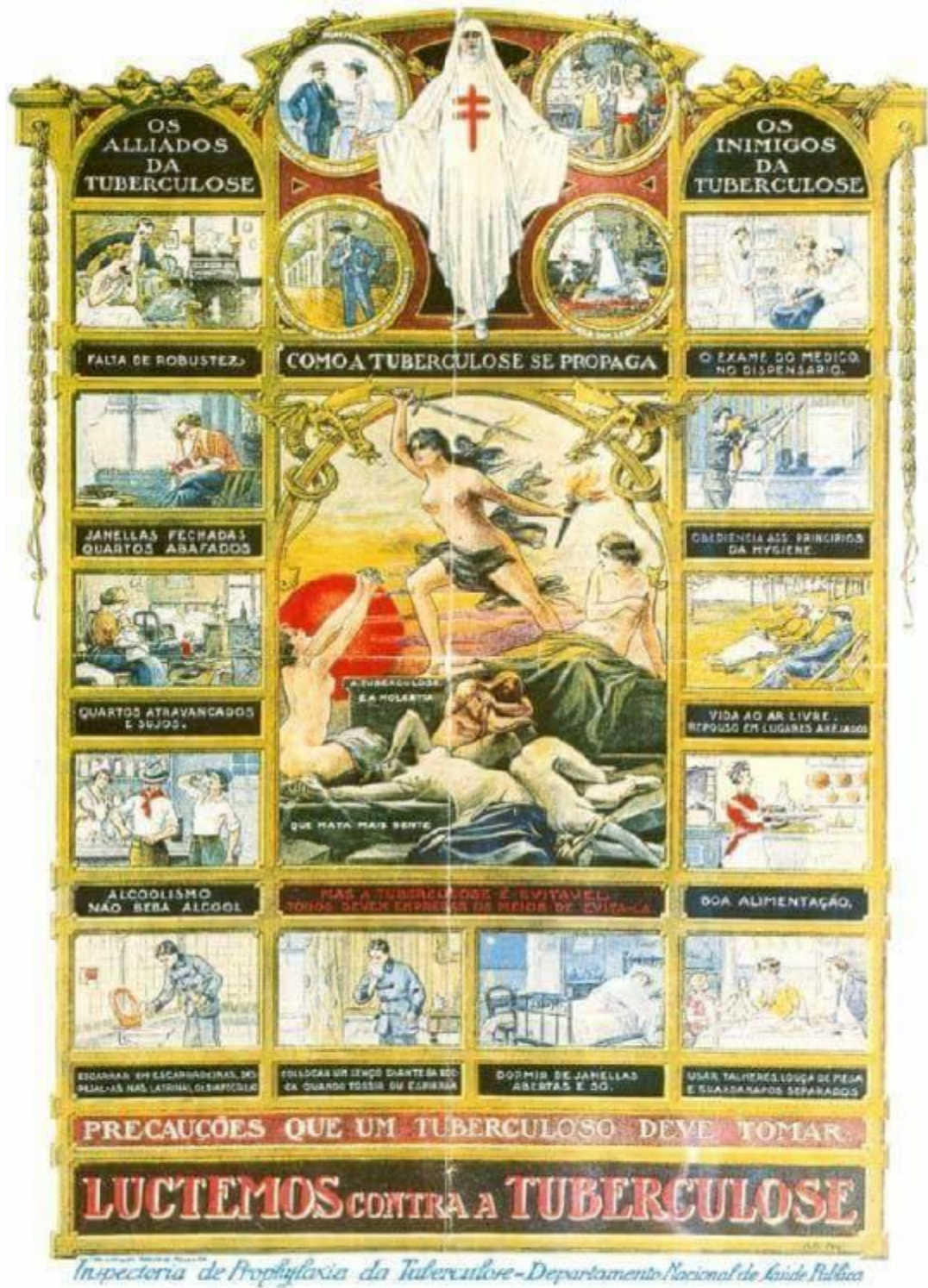
Pneumotórax
Febre, hemoptise, dispneia e suores noturnos.

A vida inteira que podia ter sido e que não foi
Tosse, tosse, tosse.
Mandou chamar o médico:
Diga trinta e três. Trinta e três... Trinta e três...
Trinta e três
Respire
O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão
Direito infiltrado.
Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.
(BANDEIRA,1930, p.06).

Na época houve duas campanhas de educação em saúde para alerta a população sobre os agravos da tuberculose, as campanhas foram ministradas pela Inspetoria de Profilaxia de Tuberculose, foi uma era de evolução da ciência, pois já sabia da doença e o estado passou a fazer o seu papel combatendo o mal que devastava a população (RIOS, 2009; SOARES,1994).

De acordo com a figuras mostradas abaixo, ocorreram duas campanhas de tuberculose, lançadas em 1920 no Rio de Janeiro pela Inspetoria de Profilaxia da tuberculose, as figuras que representavam uma era de conhecimento científicos e avanços no combate á tuberculose (SOARES,1994).

Figura 1- Cartas da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, Rio de Janeiro, década 1920



Fonte: Maria Zilma Rios(2009)

animal infectado. Com o passar do tempo, o bacilo mutável se localiza nas vias áreas, com uma virulência altamente prejudicial favorecendo a disseminação, com isso a doença passa a se fixar como a própria espécie humana (MELO,2005).

Antonie Villemin, médico francês relatou uma série de experimentos que demonstram ser possível transmitir a tuberculose de um animal a outro por inoculação. Em seu importante livro *Étude sur la Tuberculose*, publicado em 1868, o referido cientista desenvolveu ainda mais o seu trabalho. Estudos posteriores de Villemin levaram-no à conclusão de que a tuberculose não se origina em homens ou animais em virtudes de alterações atmosféricas, hereditariedade ou condições ambientais ruins. Sua causa é, ao invés, algum princípio virulento organizado, presumivelmente um germe microscópico capaz de se multiplicar no organismo e de se transmitir por contato direto ou através do ar. Entretanto, por não ter conseguido isolar o vetor transmissor da doença, seu trabalho não teve a repercussão merecida (ROSEN, 1994:241).

Roberth Kock, em 1882 após várias pesquisas descobriu o agente etiológico da tuberculose o *Mycobacterium tuberculosis*, isolou o bacilo e mostrou o bacilo, possibilitando o seu cultivo e reprodução da doença em animais de laboratórios (MELLO,2005).

Não possui nenhuma semelhança com nenhuma outra doença, a tuberculose começa de um modo silencioso que nem sempre conseguimos detectar o seu início. Possui uma evolução muito particular imprevisível como a sua recaída, sem nenhuma explicação e uma cura espontânea muita das vezes rápida, sei que o doente tenha qualquer tipo de manifestação ou faça o tratamento. Aproxima-se como se fosse membro da família disfarçada de gripe, tosse, pneumonia se instalando e quando os vamos ver mostra a verdadeira identidade (STHEPHANI,1933).

A tuberculose produz manifestações clínicas como: palidez, febre, sudorese, comprometimento de vias aéreas e sintomas pulmonares relacionadas pela tosse, expectoração purulenta ou sanguinolenta ou até mesmo hemoptise (REZENDE, 2004).

Após diagnosticar a tuberculose o primeiro passo a fazer é isolar o doente, método adotado desde o antigo Egito, o isolamento ocorre por que a virulência está muito alta, dessa forma ele perde a capacidade de se multiplicar no meio externo, pois somente assim ele reduz a capacidade destrutiva, tornando aceitável para as pessoas e para conviver em meio a um agrupamento humano (BERTOLLI FILHO,2001).

O meio ambiente em que o indivíduo convive, contribui para a proliferação do bacilo de kock, o ambiente úmido ao mesmo tempo quente, arejado e sombrio é porta para a proliferação de tuberculose. Em forma de colônia o bacilo migra para o aparelho respiratório, contaminando todo organismo por via broncogênica, linfática e hematogênica. Por vias aéreas a expulsão do bacilo contamina o meio ambiente no qual é o principal meio de transmissão. Em 24 horas, após a contaminação o bacilo pode se expandir até 3,5 milhões de bacilo de kock, a quantidade muito maior do que por gotículas microscópicas eliminadas através da tosse, espirro ou fala. Partículas que flutuam por até 8 horas, assentando-se em roupas, móveis e na poeira. O bacilo de kock ao se instalar no corpo fica inativado por três dias e com o ciclo de reprodução que se renova a cada 18 horas (RIOS, 2009).

Quando o bacilo entra no organismo do hospedeiro pode ocorrer três evidências, segundo Ferri e outros (2014):

(1) a resposta imune do hospedeiro elimina completamente o agente; (2) o sistema imune não consegue controlar a replicação dos bacilos, causando a tuberculose primária; ou (3) o sistema imune consegue conter as bactérias em granuloma, de forma latente, podendo provocar a tuberculose pós-primária ao escapar do sistema imune (FERRI et al., 2014, p 147)

No momento em que a infecção atinge os alvéolos por vias respiratórias, o bacilo fagocita para os macrófagos alveolares, que podem regularmente eliminar a bactéria correspondente a resposta imune inata. Ao conseguir passar pela primeira defesa do organismo, o bacilo começa a se multiplicar dentro do macrófago e assim atacam e se espalham por várias células sendo elas epiteliais e endoteliais, podendo assim migrar para outros órgãos, por meio do sistema circulatório e linfático (FERRI, 2014).

Continuando a ideia acima, a reposta seguinte é a formação de várias cargas de bactérias em semanas. Com a resposta inflamatória o sistema imune adaptativo leva aos linfócitos entre outras células de defesa do organismo, o principal sitio de infecção o pulmão, gerando um filtro que atribui se a uma condição de granuloma, com fibrócitos, fazendo que seja calcificado. Com a proteção do granuloma os bacilos permanecem latentes, preservados pela resposta imune. Devido a falha do sistema imune a uma replicação dos bacilos, fazendo com o que a o que a doença se torne ativa, causando a assim os sinais e sintomas decorrente da doença (FERRI, 2014).

Tuberculose pulmonar é a que mais produz sintomas como: tosse progressiva por mais de três semanas, fraqueza, perda de peso, febre baixa no final de tarde e emagrecimento. Muito comum em soropositivos pode provocar tosse com sangue (BRASIL, 2011).

A tuberculose se confirma através de exames complementares como: baciloscopia, exames de imagem, teste rápido molecular para TB e cultura de microbactérias. A sua confirmação pode ser através de duas baciloscopias positivas, ou uma baciloscopia e um exame de imagem indicativo para TB, ou uma baciloscopia positiva e sinais e sintomas indicando tuberculose, mais ainda pode ser confirmada com um meio terapêutico. Deve encaminhar esse paciente com urgência para atendimento médico, para dar início imediato ao tratamento e acompanhamento. E haverá uma investigação com todas as pessoas que tiveram contato com o paciente com baciloscopia positiva dependendo do tipo de tuberculose desse paciente (BRASIL, 2011).

Na tentativa de combater a tuberculose houve vários tipos de medicamentos nas quais foram testados para combater a tuberculose, o primeiro medicamento que foi testado foi a penicilina, por ser totalmente eficaz no combate às infecções, ao ser testado para combater a tuberculose foi totalmente ineficaz. Em 1944, ocorreu a importante exploração de Fleming para Selma Waksman, desenvolvesse a estreptomicina, o primeiro antibiótico a combater a tuberculose, após essa descoberta houve vários medicamentos para combater a tuberculose como: isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida sintetizadas em 1933, mas somente foram utilizados em 1970 (SOUZA, 2004).

Tratamento da tuberculose é feito durante seis meses, e são utilizados as seguintes medicações: rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol. Nos primeiros dois meses as doses são muito intensas para combater o bacilo, os fármacos são: rifampicina 150mg, isoniazida 75mg, pirazinamida 400mg, etambutol 275mg, todas combinadas, em uma dose diária pela manhã de 4 comprimidos em jejum. Após os primeiros dois meses de tratamento, muda para doses de manutenção, passa a tomar rifampicina de 300/200mg e isoniazida 150/150mg, durante os quatro meses com doses diárias de 4 comprimidos em jejum. Após todo o tratamento é realizado novos exames, para confirmar a cura da tuberculose, Caso não esteja tratado é refeito todo o tratamento (BRASIL, 2011).

2.3 SISTEMA PRISIONAL E TUBERCULOSE: DESAFIOS PARA A SAÚDE

Todo individuo que comete um crime na qual foge das regras da sociedade como: roubar, tentar algo contra a vida de uma pessoa, entre outras situações; presta conta desses atos a justiça, no qual o designado um juiz para julga-lo de acordo com o código penal, ele será punido com uma sentença que o fará ficar recluso do convívio social de acordo com o crime que foi condenado (BRASIL,1940).

De acordo com o Código Penal Brasileiro (1940):

Art. 33 - A pena de reclusão deve ser cumprida em regime fechado, semi-aberto ou aberto. A de detenção, em regime semi-aberto, ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado

§ 1º - Considera-se:

- a) regime fechado a execução da pena em estabelecimento de segurança máxima ou média;
- b) regime semi-aberto a execução da pena em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar;
- c) regime aberto a execução da pena em casa de albergado ou estabelecimento adequado.

§ 2º - As penas privativas de liberdade deverão ser executadas em forma progressiva, segundo o mérito do condenado, observados os seguintes critérios e ressalvadas as hipóteses de transferência a regime mais rigoroso:

- a) o condenado a pena superior a 8 (oito) anos deverá começar a cumpri-la em regime fechado;
- b) o condenado não reincidente, cuja pena seja superior a 4 (quatro) anos e não exceda a 8 (oito), poderá, desde o princípio, cumpri-la em regime semi-aberto;
- c) o condenado não reincidente, cuja pena seja igual ou inferior a quatro (quatro) anos, poderá, desde o início, cumpri-la em regime aberto.

§ 3º - A determinação do regime inicial de cumprimento da pena far-se-á com observância dos critérios previstos no art. 59 deste Código.

§ 4º O condenado por crime contra a administração pública terá a progressão de regime do cumprimento da pena condicionada à reparação do dano que causou, ou à devolução do produto do ilícito praticado, com os acréscimos legais (BRASIL,1940).

No Espírito Santo durante muito tempo a saúde no sistema prisional estava abandonada, mas o governador do estado do Espírito Santo em 2003, priorizou a reestrutura da saúde do sistema penitenciário do ES, com o investimento com cerca de 420 milhões para estruturação de 26 novas unidades prisionais, e tudo realizado como determina a Lei de execução penal (ESPIRITO SANTO).

Para combater o descaso com a saúde prisional por mais de 30 anos, o governo do estado investiu em obras, requalificou o empreendimento de atenção aos internos com: saúde, educação, capacitação e reinseriu os internos ao mercado de trabalho,

e ainda investiu em recurso humanos e atendimentos para esses internos (ESPIRITO SANTO,2017).

Mesmo com todos os investimentos realizados no sistema prisional do Espírito Santo, o governo executou uma reestrutura na secretária de justiça, onde reorganizou a gerência e criou várias unidades oficiais como: Direção jurídica, de saúde, tecnologia e informação, enfermagem, farmácia, nutrição, e após um período foram transfiguradas para em gerência, subgerência e coordenações (ESPIRITO SANTO,2017).

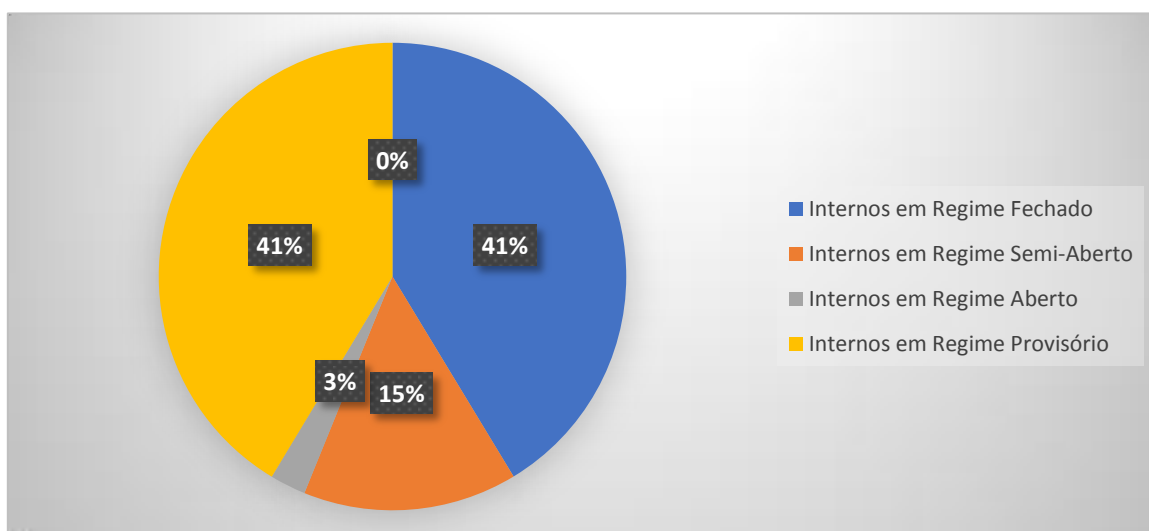
Trazendo em vista a melhorar o sistema prisional, o estado transitou a propagar o Plano de diretor, com o objetivo em profissionalizar a assistência jurídica, a saúde, entre outros benefícios (ESPIRITO SANTO,2017).

O sistema prisional do Espírito Santo é o 9° em todo Brasil, e o 6° com o maior número de prisões para cada 100.000 habitantes (ESPIRITO SANTO).

A população carcerária no Brasil em 2000 era de 232.755 internos, em 2010 foi para 496.251, ou seja confrontando com os Estados Unidos é inferior, porem em 10 anos a população teve um aumento de 113,2 (MACHADO,2017).

De acordo com Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), relatos mostram que até junho de 2014, 210 milhões de pessoas entre os 27 estados do Brasil, difundidos em 5 mil municípios, cerca de 607.731 encontra-se recluso sob proteção da justiça; por volta de 38 mil do sexo feminino e 542 mil do sexo masculino. Situa-se 41% aguardando para ir em julgamento; O Brasil possui cerca 1.424 presídios espalhados entre todos os estados brasileiros (ESPIRITO SANTO,2017).

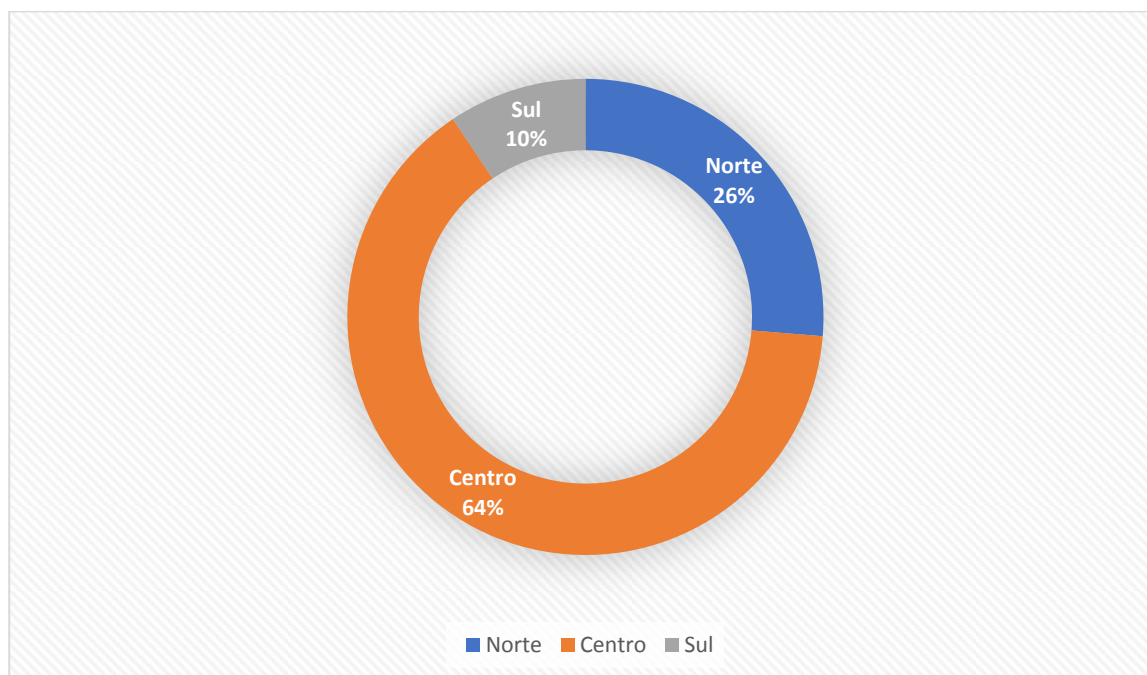
Gráfico 01 - Tipos de Regime dos internos no Brasil em 2014.



Fonte: Elaborado pelo autor 2018

O Espírito Santo possui 27 unidades prisionais administradas pela Secretaria de Justiça do Espírito Santo (SEJUS). O Sistema Prisional no Espírito Santo é considerado modelo para outros estados brasileiros, pois o estado possui modelo americano de cadeia, aonde todas as portas são eletrônicas, os internos são monitorados por câmeras, ocorre uma revista constante dentro das celas e os internos fazem o procedimento são 17 passos na qual o interno retira toda roupa ao retornar e sair de dentro das galerias; A maioria dos presídios do estado possui esse modelo americano de cadeia. Dessa forma reduziram as fugas, rebeliões a entrada de drogas ilícitas (ESPIRITO SANTO, 2017).

Gráfico 02 - Número de Internos por Região no Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pelo autor 2018

É evidente que o sistema prisional brasileiro, possui dificuldades que atrapalham o andamento em vários aspectos desde da sua instauração física até a prática em amparar os internos pelo Código Penal Brasileiro (CPB) (ESPIRITO SANTO, 2017)

Em 2016 a população carcerária era de 726.712 internos, 55% possui idade entre 18 e 29 anos, compostas por 64% de pessoas de pele negras, 75% que não possuem ensino médio completo, somente 1% possui graduação. Não podemos excluir a população feminina da população carcerária cerca de 45.989 mulheres presas no

Brasil, cerca de 5%. Entre essas prisões cerca de 65% referente ao tráfico de drogas (VERDÉLIO,2017).

De acordo com Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), relatos mostram que até junho de 2014, 210 milhões de pessoas entre os 27 estados do Brasil, difundidos em 5 mil municípios, cerca de 607.731 encontra-se recluso sob proteção da justiça; por volta de 38 mil do sexo feminino e 542 mil do sexo masculino. Situa-se 41% aguardando para ir em julgamento; O Brasil possui cerca 1.424 presídios espalhados entre todos os estados brasileiros (ESPIRITO SANTO,2017).

Podemos considerar 580 mil internos irão desenvolver tuberculose no período de cárcere, incluindo 40% dos internos que aguardam audiência, mas vivem do mesmo modo precário que os internos condenados. A incidência da tuberculose é vinte vezes superior do que nos cidadãos; pesquisas relatam que internos no Sul e Sudeste tem de 5 % a 10% mais possibilidade de possuir uma tuberculose ativa (LAROUZÉ,2015).

A ocorrência da tuberculose é 33 novos casos para cada 100 mil cidadãos, com isso faz com que o BRASIL seja um dos 20 países com uma alta taxa de tuberculose segunda a Organização Mundial de Saúde; ocorreram 932 casos dentro dos presídios brasileiros no ano de 2015 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS,2016).

O grande problema da saúde pública ao combater a tuberculose é a superlotação dentro das unidades prisionais, internos vivem em celas com mais de 16 pessoas aonde a capacidade é no máximo para 10 pessoas, os internos são subordinados a vivem em um ambiente sem ventilação, sem iluminação solar, tudo que favorece para a doença ser disseminada e as condições de vida que esses internos já possuía antes do cárcere se torna ainda mais preocupante (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS,2016).

Hoje no Brasil ser interno ou já ter cumprido um regime de reclusão é um fator risco, porque é evidente que a tuberculose nas unidades prisionais é causada pelo cárcere e o Brasil tem que revisar as ações de combate a tuberculose e exterminar a superlotação nas unidades prisionais. Tudo isso só dificultam o tratamento da tuberculose nas unidades prisionais, que cada vez mais só aumentam prejudicando assim a vida de milhares de internos dentro do sistema prisional; infelizmente as

condições saúde dos internos em alguns estados brasileiro é precário.
(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS,2016)

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de pesquisas científicas, sobre a tuberculose no cárcere.

De acordo com Minayo(1994):

Entende-se pesquisa como um processo no qual o pesquisador tem “uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”, pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta “uma carga histórica” e reflete posições frente à realidade (MINAYO, 1994, p.23)

Utiliza-se nesse estudo uma abordagem análise qualitativa.

Segundo Serapioni o método qualitativo afirmar que:

Os métodos qualitativos ajudam no trabalho de construção do objeto estudado, facilitam na descoberta de dimensões não conhecidas do problema e permitem também formular e comprovar novas hipóteses. Os métodos qualitativos devem ser utilizados quando o objeto de estudo não é bem conhecido. Por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, são aptos para descobrir novos nexos e explicar significados. (SERAPIONI, 2000, p.190).

Nessa pesquisa bibliográfica foram utilizados como fonte de dados as seguintes bases: Scientific electronic library online(Scielo), Sistema online de busca e análise de literatura médica (Medline), além de leis, portarias, manuais e protocolos, tanto do Ministério da Saúde (MS) quanto da Secretária Nacional de Justiça (SNJ). O período de publicação dos materiais compreende entre os anos de 2000 a 2017, exceto para as leis, portarias, e manuais que podem ter datas inferiores à estipuladas.

4 RESULTADOS

4.1 TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL

No Brasil desde a instauração dos primeiros presídios para o cumprimento de penas, as condições de saneamento e precário atendimento de saúde dos internos acabaram ocasionando uma alta taxa de mortalidade dos encarcerados. Embora não possua muitos documentos históricos, não é difícil presumir que grande parte dos óbitos seja por tuberculose (MACHADO et al.,2015).

Quando recolhido pelo sistema prisional, o interno vem acompanhado de problemas de saúde que se agravam no cárcere, devido à circunstâncias de moradia, alimentação e saúde disponíveis no sistema penitenciária (REIS et al.,2014).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a incidência da tuberculose nos presídios da América Latina é de 22,5 vezes maiores do que na sociedade livre. No Brasil, a estimativa da tuberculose é 25 vezes maior do que a prevalência da tuberculose ativa, variando entre 2,5 a 8,6 entre os internos. A incidência da tuberculose não tem valor nos serviços de saúde no sistema prisional, a falta de empenho do profissional e o entendimento dos internos; quanto aos sinais e sintomas podem diminuir os casos de tuberculose (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2008).

No meio em que as causas colaboram para a alta da endemicidade da tuberculose nos presídios, podemos relacionar com as condições em que viviam antes do cárcere, tais como: baixa escolaridade, de origem humilde, usa de drogas ilícitas precocemente, pouco acesso à saúde ou até mesmo não fazia questão de cuidar da saúde devido à vida que levava. Existem os fatores que contribuem para o adoecimento dentro dos presídios que são: celas com mais pessoas do que a capacidade permitida, mal ventiladas, com pouca iluminação solar, o ambiente influenciando maior exposição ao *Mycobacterium tuberculosis*, e a dificuldade no atendimento de saúde dentro do presídio (MACEDO, MACEDO, MACIEL, 2013).

Devido à intensa mudança da população carcerária entre uma prisão e outra, facilita a expansão da tuberculose, pois durante sua transferência pode infectar outros internos, até mesmo os funcionários e os próprios familiares caso não tenha sido diagnosticado a tempo (MENEZES, 2002).

No século XX com o surgimento do HIV, há o aumento dos casos de coinfeção de tuberculose e HIV dentro das unidades prisionais (MACHADO et al., 2015). Observa-se o prevalemento de HIV entre os privados de liberdade é maior do que na sociedade em geral, contribuindo assim para o desenvolvimento da coinfeção. Assim, o impacto da tuberculose nos presídios atinge a toda comunidade que se relaciona, ou seja, familiares e funcionários. Em países onde ocorre uma maior transmissão de HIV é por via sexual, nos presídios o índice é duas vezes maior, devido ao cárcere, a falta de educação em saúde (CAMARGO, 2012; ALQUIM, 2014; MOREIRA et al., 2010).

Quando o interno está com tosse progressiva por mais de duas semanas, é realizado o exame de baciloscopia, no qual é colhido duas amostras de escarro no período da manhã em jejum (FLORE, 2011).

4.2 PROGRAMAS DE TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL

Em 9 de Setembro de 2003 foi criado pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional a portaria 1.777, onde se determina que em toda unidade prisional, seja ela feminina ou masculina, todos os internos terão acesso integral a saúde, incluindo cuidados psiquiátricos. Determina ações de promoção e prevenção a saúde dos internos, com a finalidade de reduzir as doenças que mais acometem a população carcerária. Cada unidade prisional terá uma estrutura de atenção primária, para atendimento de média complexidade e ainda seguimentos para o atendimento de urgência e emergência, de acordo com as peculiaridades que o sistema prisional determina (BRASIL, 2003).

No ano de 2005 foram instituídas duas equipes de saúde, dentro de dois presídios no Espírito Santo conforme determina a Lei de Execução Penal acesso a saúde. A partir dessa evolução todas as unidades prisionais do Espírito Santo passaram a funcionar de acordo com a lei, mantendo assim equipe multidisciplinar de saúde em todos os presídios, sob coordenação da Secretária de Justiça do Espírito Santo (BRASIL, 2003).

Um dos intuitos da portaria 1.777 é organizar todos os dados dos cuidados de saúde realizados pelos internos dentro e fora da unidade prisional. Realização de

promoção de saúde como: cuidados alimentares em hipertensos e diabéticos, a importância de atividades físicas, estado de saúde em encarceramentos e a admissão a serviços de serviços laboratoriais. Realização de vacinas como: tétano, hepatites, influenza como prevenção específica (BRASIL,2003).

Como apresentado, as doenças como tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão e infecção sexualmente transmissível (IST), vírus da imunodeficiência humana (HIV/AIDS) são propícias devido ao encarceramento, por conta da alta incidência ocorre a entrega de métodos contraceptivos para todos os internos que possui vida sexual ativa dentro das unidades prisionais, é realizado um trabalho para diminuição de irregularidades no consumo de drogas. Toda precaução com a saúde da população carcerária em condições de atenção básica deve-se a Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual por intermédio do consenso na Comissão de Intergestores Bipartite(CIB) (BRASIL,2003).

Dessa forma, o programa de tuberculose no sistema prisional configura-se igualmente ao utilizado na atenção primária de saúde, porém ocorre mudanças devido a situação em que população carcerária se encontra e a situação de respeito aos protocolos de segurança (FLORE, 2011).

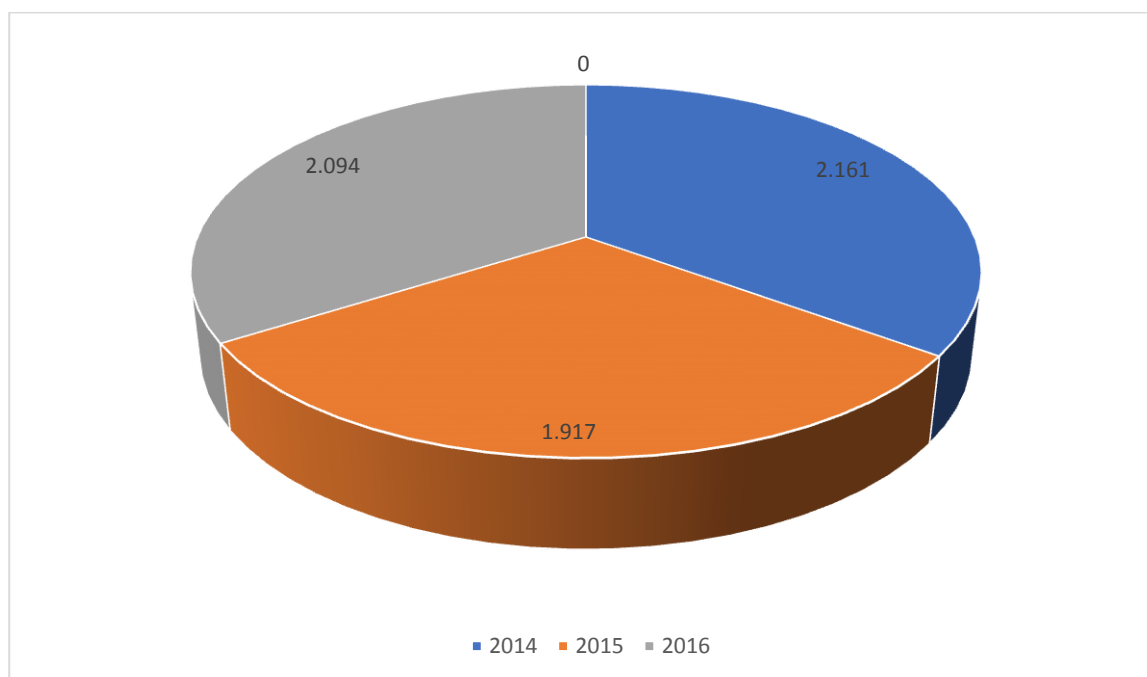
Dentro dos presídios do Espírito Santo todo interno que chega às unidades prisionais é realizado um exame assintomático de tuberculose, e o interno que já está recluso e desenvolve os sinais e sintomas da tuberculose é realizado o exame de escarro, aonde é coletado duas amostras em jejum pela manhã (BRASIL,2011).

Ao se identificar um sintomático respiratório o enfermeiro deverá registrar corretamente todas as informações desse paciente no Registro de Sintomático Respiratório da unidade, no instante da identificação; Dispor de 2 potes para recolher as mostras necessárias para o exame de escarro, com as informações do paciente a primeira mostra tem que ser coletado no ato da identificação do sintomático respiratório, não tem necessidade de ser em jejum, na segunda mostra a coleta ocorrerá em jejum no dia subsequente a primeira coleta (BRASIL,2011).

Há também a necessidade de orientar esse interno sobre a importância desse exame, para que aumente a ingestão hídrica na noite que antecede a coleta do exame, de no mínimo quatro copos de água, para não dormir de travesseiro para facilitar a secção postural, e no momento que o paciente acordar coletar o exame.

Encaminhar todas as amostras coletadas ao laboratório no qual é referência da unidade. Armazenar o material em uma caixa térmica preparada para manter a temperatura elevada para não comprometer o material até o laboratório (BRASIL,2011).

Gráfico 03 - Baciloscopia e Cultura de Escarro nos internos das Unidades Prisionais do Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pelo autor 2018

Em cada amostra coletada deve-se manter no corpo do pote todos os dados do paciente como: nome completo, data de nascimento, endereço no caso dos internos do sistema prisional vai constar o endereço da unidade no qual se encontra recluso, toda essa informação tem que está no centro do pote, não podem ficar na tampa. Agendar o retorno do paciente assim que o resultado do exame ficar pronto, para mostrar o resultado, no caso dos internos do sistema prisional ao dá baciloscopia positiva o interno é levado até a enfermaria e encaminhado para dá início ao tratamento (BRASIL,2011).

Após baciloscopia positiva, ou confirmação por exames de imagem, o interno é isolado e encaminhado ao hospital para tratamento inicial por um mês. No qual é feito no caso de qualquer confirmação de tuberculose, é feito rastreamento em todos

os internos que tiveram contato com o interno que foi contaminado pela doença, realiza se exame de escarro para saber se foram contaminados (BRASIL,2004).

A promoção à saúde é um plano propicio para combater os problemas de saúde pública que afeta todo a população, essa promoção em saúde é feita através de palestras, campanhas dentro da comunidade, de apoio entre outros, tudo isso contribui para a qualidade de vida da população (BUSS,2000).

De acordo com o protocolo de Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na atenção primária o sintomático respiratório é uma promoção a saúde para combater a tuberculose, é realizado em pessoas que estejam com tosse progressiva por mais de três semanas, e dentro do sistema prisional conforme a portaria 1.777, cap. 3.1.1. o sintomático respiratório é feito em todos os internos que estão sob a custódia da secretária de justiça, assim que dão entrada em uma unidade prisional (BRASIL,2011).

Dentro da unidade prisional o sintomático respiratório não é responsabilidade somente do enfermeiro e sim de todos os profissionais de saúde que atuam da unidade prisional, conforme estabelece a Portaria 690 de setembro de 2008 (ESPIRITO SANTO,2008).

O interno que adquiriu a tuberculose tem acesso a acompanhamento mensal com médicos, enfermeiro da unidade prisional, o enfermeiro da unidade básica de saúde mais próxima do presídio, acompanhamento nutricional e farmacológico tudo isso assegurado pela secretária de justiça (ESPIRITO SANTO,2008).

A saúde dentro do presídio funciona como é na atenção primária, e a cada novo caso de tuberculose preenchemos uma ficha na qual notificamos ao Sistema de Informação de agravos de notificação (SINAN), aonde essas informações são encaminhadas para a vigilância epidemiológica das secretárias municipais de cada estado e de lá quinzenalmente essas informações são passadas para a Secretaria Estadual de Saúde (BRASIL,2016).

No sistema prisional do Espirito Santo o interno ao adquirir tuberculose pulmonar é transferido da unida prisional para a Unidade de acompanhamento de Tuberculose (UAT) que fica localizado no complexo penitenciário de Viana, mas conhecida como Casa de Custódia, fica na subdivisão da Unidade de Urgência e Emergência, na

UAT fica todos os internos que adquiriram tuberculose pulmonar, devido a unidade no qual o interno cumpre a pena não possui leito para isolamento. A UAT é construída em uma área de 376,83 metros, contém quatro enfermarias com capacidade para 30 leitos, com uma recepção, um consultório médico, um depósito de material de limpeza, um pátio e seis banheiros. A alimentação dos internos que estão internados na UAT é balanceada de acordo com a patologia que possui, essa alimentação é fornecida por empresas terceirizadas que prestam serviços para Secretária de Justiça do Espírito Santo (SEJUS) preparadas por profissionais experientes. Nos presídios do Espírito Santo até dezembro de 2016 tiveram 56 casos de tuberculose sendo que 12 desses casos são de Tuberculose pulmonar (ESPIRITO SANTO,2017).

Após confirmada baciloscopia positiva O interno é encaminhado para Unidade de Saúde do Sistema Prisional (USSP) no qual permanece isolado durante as primeiras semanas de tratamento, isso se for uma tuberculose pulmonar, após esse período de isolamento ele retorna para a unidade na qual paga sua pena, e passa a fazer o tratamento dentro da unidade, uma vez por mês ele vai até a unidade básica de saúde mais próxima para atendimento médico no qual compõe o seu tratamento, mas é assistido diariamente pelo enfermeiro da unidade prisional. Quando a tuberculose do interno não é pulmonar, ele faz todo tratamento dentro da unidade, pois não é necessidade de ser isolado (FLORE, 2011).

De acordo com o protocolo diretamente observado de tuberculose da atenção básica o paciente com tuberculose pulmonar deverá realizar mensalmente uma baciloscopia de supervisão de tratamento, sendo obrigatoriamente as coletas do segundo, quarto e sexto mês no programa básico de tratamento. Caso ocorra baciloscopia positiva na coleta do final do segundo mês, deve ser solicitada a cultura da microbactéria com identificação e exame de sensibilidade (BRASIL,2016).

Continuando, se o paciente relatar que não possui expectoração, deve ser orientador ao modo como conseguir a mostra de escarro e tentar fazer que ele consiga coletar a mostra de escarro na frente do profissional de saúde. Nesses casos pode-se induzir inalação salina, por 15 minutos, com tapotagem, cumprindo as normas de biossegurança. O acompanhamento mensal destina-se para identificar queixas e sinais clínicos para que possamos analisar o avanço da doença após introduzir os medicamentos e descoberta de sintomas adversos do seu uso. É

necessário que seja acompanhado peso, para ser ajustado a dose dos medicamentos receitados (BRASIL,2016).

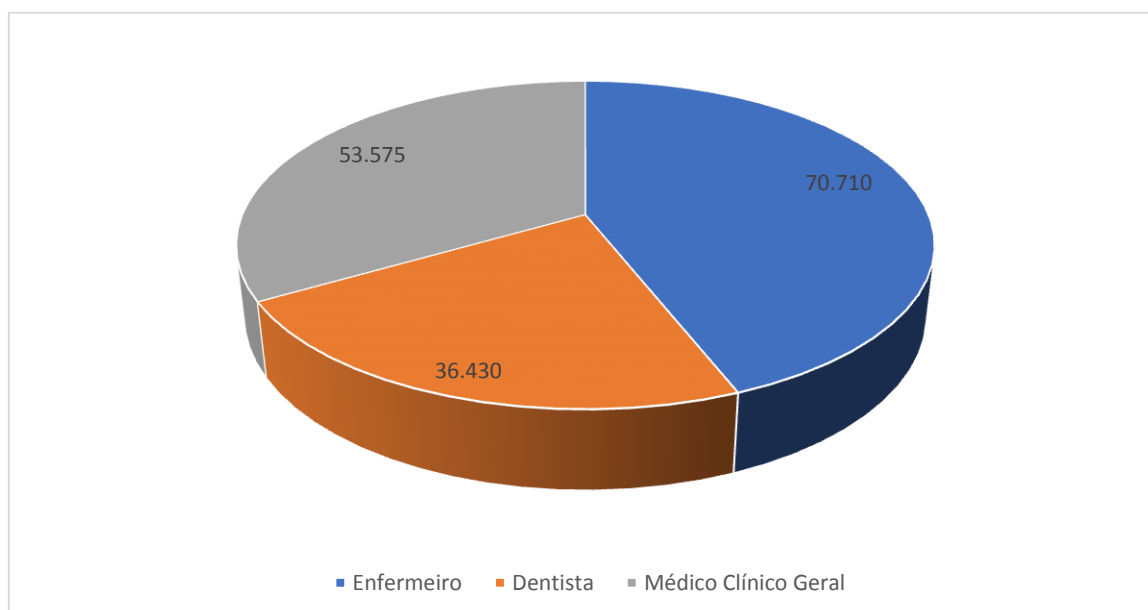
4.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO APENADO COM TUBERCULOSE

Segundo a portaria interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, dentro dos presídios brasileiros tem que ter uma equipe de saúde composta por: médico, enfermeiros, dentistas, psicólogos, técnico de enfermagem, entre outras especialidades. Contendo salas para atendimentos médicos, posto de enfermagem, leito para repouso em caso de necessidades (ESPIRITO SANTO,2003).

A assistência de enfermagem dentro do sistema prisional é fundamental para que tudo se resolva, seja para fazer um simples procedimento ou algo muito mais complexo. Devido a estratégia de saúde da família (ESF),o enfermeiro passou a ter uma autonomia dentro da atenção primaria, com isso melhorou positivamente a saúde prisional e os cuidados do interno com tuberculose(BARROS;CHIESA;2008)

A primeira assistência de enfermagem após o interno ser notificado com tuberculose é a realização do teste rápido de HIV/AIDS, devido a infecção de HIV/AIDS na tuberculose muda toda apresentação da doença, essas mudanças ocorrem na manifestação da clínica tuberculose, os medicamentos se tornam resistentes, entre outros agravos; A coinfeção de por HIV é a forma mais frequente da tuberculose pulmonar (LIMA,et al.,1997).

Gráfico 04 - Atendimentos das Equipes de Saúde 2016



Fonte: Elaborado pelo autor 2018

Umas das assistências de enfermagem ao interno com tuberculose são as consultas de enfermagem, nessa assistência são organizados um planejamento de cuidados para a realização do tratamento da tuberculose(BRASIL,2011)

A consulta de enfermagem é realizada em cinco etapas como: identificar os problemas de saúde, diagnóstico de enfermagem, planejamento de cuidados, avalia se as ações planejadas são implementadas corretamente, os resultados das ações todas elas são voltadas para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltada para a atenção primária no cuidado da tuberculose (BRASIL,2011)

Na primeira etapa da consulta de enfermagem ocorre a coleta de dados, durante a entrevista o enfermeiro deve respeitar os princípios gerais, como organizar um local confortável, propício, privado e expressar total interesse e atenção pelo interno. Durante a entrevista podemos coletar dados do próprio interno ou de pessoas importantes que convivam com o ele, pessoas essas que tenham percepções de na qual não teve o interno como: queixas, sinais e sintomas, e informações complementares (BRASIL,2011).

No período dessa investigação tem que se considerar os aspectos clínicos, epidemiológicos e psicossociais, achados que dependem da fase da doença e de quanto está comprometido esse interno (BRASIL,2011)

O enfermeiro realiza um exame físico desse interno, coletando informações com o objetivo de auxiliar no diagnóstico de enfermagem, podendo ocorrer relatos de fraqueza, tosse seca ou produtiva, fadiga, febre vespertina, calafrios e sudorese noturna, podendo se manifestar taquipneia, taquicardia ou até mesmo dispneia devido ao esforço (BRASIL,2011).

Quando realizado exame físico no aparelho respiratório poderão salientar frequência respiratória aumentada, diminuição dos sons respiratórios ou ausência de sons respiratórios ou ausência bilateralmente e unilateralmente, se houver derrame pleural assimetria da excursão respiratória, macicez a percussão, frêmito diminuído, entre outros agravos (BRASIL,2011)

No entanto ainda podem ocorrer relatos de dor torácica com agravos de tosse recorrente; e na coleta do escarro poderão mostrar muco amarelo com ou sem traços de sangue, podendo ser escasso ou abundante(BRASIL,2011)

Com toda essa coleta de dados será muito comum o interno relatar a falta de apetite e como consequência ocorre a perda de peso, mas ainda temos que perceber se há diminuição do turgor cutâneo, se a pele está seca ou escamosa e se a redução de tecido subcutâneo (BRASIL,2011)

O enfermeiro tem que averiguar a familiaridade desse interno, se a história anterior de tuberculose ou histórico familiar da doença, situações gerais antes do cárcere, se possui outras comorbidades, moradia, uso excessivo de drogas ou álcool, se ocorreu abandono de tratamento entre outros fatores (BRASIL,2011)

O enfermeiro tem que ter um olhar biopsicossocial sobre esse interno, um ponto alto dessa consulta de enfermagem são os sentimentos revelados pelo interno durante a entrevista, pode estar relacionado ao período de isolamento, devido a rejeição familiar por está recluso e ainda doente, ou até mesmo pode haver preconceito devido a doença, além das mudanças que ocorrem com a tuberculose como: papéis sociais e de trabalho, e ainda traz as limitações causadas pela tuberculose, mas esse turbilhão de sentimentos também ocorre pela negação da doença, por se sentir inferior, podendo intervir no tratamento medicamentoso estabelecido, causando irritação, angustia, inquietude (BRASIL,2011).

Na segunda etapa ocorre o diagnóstico de enfermagem após todas informações obtidas durante a coleta de dados e exame físico, o enfermeiro inicia o processamento sobre a avaliação clínica que irá realizar (BRASIL,2011).

A identificação do diagnóstico de enfermagem a North American Nursing Diagnosis Association o NANDA nos mostra a importância do cuidado e do aproveitamento clínico. Tornando-se assim a por conceituar a utilidade da ciência na classificação do diagnóstico de enfermagem, utilizou-se a escolha da terminologia referente a Taxonomia II do Nanda (BRASIL,2011)

Em conformidade com a identificação do diagnóstico de enfermagem consideramos sinais e sintomas relatados pelo interno, e os aspectos relacionados teremos um amparo para o planejamento da assistência de enfermagem (BRASIL,2011)

Nos sintomáticos de tuberculose o diagnóstico de enfermagem compreende outras particularidades na atenção básica.

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais do doente – relacionada à própria doença e aos fatores biológicos, culturais, nutricionais e econômicos. Conhecimento deficiente sobre o regime de

tratamento, medidas de prevenção e controle da doença – relacionados à falta de informação, falta de interesse em aprender, limitação cognitiva ou interpretação errônea da informação. Intolerância à atividade a ser executada pelo doente – relacionada com a fadiga, estado nutricional e desequilíbrio entre a oferta e as demandas de oxigênio. Padrão respiratório comprometido – relacionado à dispneia, dor torácica, dentre outros. Autocontrole inadequado da saúde – devido à complexidade do regime terapêutico, déficit de apoio social, dificuldades econômicas, déficit de conhecimento ou conflitos familiares. Risco de infecção – cujos fatores podem incluir alterações nas defesas do indivíduo (ação ciliar diminuída, estase de secreções e resistência diminuída), desnutrição, exposição ambiental e conhecimento insuficiente para evitar exposição a outros patógenos (BRASIL,2011. p.85)

Após identificar os diagnósticos o enfermeiro terá que montar um planejamento de cuidados para esse interno com tuberculose; estipular um processo para utilizar esses cuidados, priorizando as ações e as propensões do interno e as privações humanas básica ou programa terapêutico(BRASIL,2011).

Na terceira etapa da sistematização da assistência de enfermagem são criados objetivos ou processos de resultados para identificar procedimento ou orientações de enfermagem, observando a necessidade de cada interno (BRASIL,2011).

Incluimos várias metas na sistematização da assistência de enfermagem e uma delas é orientar o interno sobre a tuberculose, controlar o convívio desse interno, orientar para a testagem de HIV, acompanhar todo tratamento, condução e fiscalização do tratamento, estimular a aceitação medicamentosa mediante ao tratamento diretamente observado (BRASIL,2011).

Ao elaborar os resultados o enfermeiro possibilita a continuidade dos cuidados e avalia esse interno para os próximos atendimentos de enfermagem por ser parâmetro de avaliação e mantém-se determinado assim facilitando a identificação e as alterações na conduta do interno (BRASIL,2011)

As condutas de enfermagem estabelecida destacam-se: Execução na aceitação do tratamento do interno com tuberculose, deve assimilar toda apresentação da doença no período de tratamento diretamente observado. Orientar sobre a importância do tratamento, o uso da medicação de maneira correta, do tempo de tratamento, das baciloscopia de controle e do atendimento mensal com o médico e o enfermeiro. Orientar sobre os efeitos colaterais do medicamento e ação dos medicamentos com outros fármacos. Frente seja qual for a anormalidade examinada, procurar atendimento. Estimular sobre a cura incentivar sobre dose supervisionada (BRASIL,2011).

Promoção de um nutrimento adequado, ficar vigilante sobre as circunstâncias nutricionais e averiguar os meios acessíveis que dispõe a alimentação desse interno, mensurar o peso em cada consulta de enfermagem. Controlar e cuidar das complicações que possam aparecer em virtude da doença. Ficar atento aos efeitos adversos como: hemoptise, dispneia. Instruir a procura de emergência em casos de agravos do quadro clínico (BRASIL,2011).

Promoção do cuidado domiciliar, comunitário, ambiental e da educação. Orientar a família e o indivíduo com tuberculose quanto à importância de medidas preventivas, tais como o descarte adequado dos lenços utilizados, a proteção da boca durante a tosse e a correta lavagem das mãos. Devem ser reportadas à equipe de saúde informações específicas quanto à ingestão supervisionada do medicamento; ao acompanhamento do caso, dos exames a serem realizados; ao abandono de tratamento; às faltas; às consultas médicas e/ou de enfermagem; ao aprazamento das consultas, e aos sintomas que indiquem a suspeita da tuberculose entre os contatos. Orientar sobre a importância da testagem do HIV quanto ao uso do álcool e do tabaco durante o tratamento, encaminhando aos programas específicos. Enfatizar que, após 15 dias de tomada regular da medicação, o paciente se encontra com transmissão limitada da doença. Encaminhar ao serviço social, quando necessário, em caso de afastamento do serviço, de auxílio-doença, de benefício do INSS, dentre outros aspectos (BRASIL,2011, p.87)

A consulta de enfermagem na quarta e na quinta etapa é a implementação e avaliação de tudo que foi prescrito, os planos de ações são colocados em prática determinando em conjunto com o interno as condutas elaboradas(BRASIL,2011)

O enfermeiro na última consulta faz uma avaliação realizando uma conferência da sistematização dos objetivos argumentados pelos resultados conquistados, determinando assim a efetividade da assistência prestada. Os registros de informações da consulta de enfermagem, facilita porque os impressos contém dados gerais antecipadamente definidos para checar e possui espaços que podem complementar com anotações levando em conta cada caso (BRASIL,2011)

A superlotação dentro dos presídios brasileiros é o grande problema de saúde pública, por que hoje a população carcerária é o dobro da capacidade permitida dentro das unidades prisionais de todo o Brasil, com essa superlotação as condições de vida desses internos se tornam cada vez mais insalubres devido ao ambiente em que vivem (FERNANDES; RIGHETTO,2013).

De acordo com o a Lei de execução penal todo interno possui direito a assistência de saúde dentro das unidades prisionais, mas a saúde pública é o grande problema, por que na realidade esse acesso não funciona de maneira correta; várias doenças

estão presentes no âmbito prisional e uma delas é a tuberculose uma das doenças que mais acomete essa população, ameaçando assim várias vidas. O ambiente insalubre, as celas superlotadas, a pouca ventilação contribui para o adoecimento constante da população carcerária (FERNANDES; RIGHETTO,2013).

Ao falar da endemicidade da tuberculose nos presídios constantemente desconfiamos da vida do interno antes do cárcere: de onde se origina, se possui acesso a educação em saúde, aumento da contaminação por HIV, uso de drogas ilícitas tudo que antecede ao cárcere, dessa maneira podemos falar o que o próprio interno seria o principal causador da tuberculose no presídio. Portanto esse ponto de vista é descartado, pois a contaminação da tuberculose é principalmente intra-institucional assim como relatam vários estudos (LAROUZÉ,2015).

Pesquisas apontam que grande parte da população carcerária que desenvolve a tuberculose não são reativos de contágio anterior, mas sim de uma contaminação recente por estirpe circulante nos presídios (LAROUZÉ,2015)

Uma pesquisa realizada nos presídios do Mato Grosso do Sul relata que ocorreu um aumento de 5% ao ano na quantidade de contaminação latente da tuberculose ao ano atribuído ao cárcere (LAROUZÉ,2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS) introduziu o Plano Nacional de Humanização (PNH), com base na transversalidade no qual não pode se separar da gerência e cuidados a saúde. Por se um projeto do Ministério da Saúde (MS), onde procura aproximar o doente do cuidador, com isso acaba criando vínculos para facilitar no processo de cura durante o adoecimento (BRASIL,2011)

Por sua vez o Plano Nacional de Humanização (PNH), é o proposto para todos os trabalhadores da área da saúde no SUS, mas em especial para o enfermeiro, não vai determinar o modo que irá alcançar os objetivos e sim como irá aprimorar-se: ajudar e preservar a saúde ou até mesmo ajudar a promover a cura; trata-se de como fazer para atingir o objetivo. Frutificar a saúde é o grande proposito do PNH que é estabelecido como humanizado (BRASIL,2011)

A humanização necessita que o enfermeiro realize uma análise infundável dos valores éticos e profissionais, porque ele possui o dever de ajudar esse interno a enfrentar uma enfermidade; que as pessoas possuem medo até de pronunciar nome da doença; e os portadores da tuberculose sofrem um grande preconceito. O

enfermeiro é conhecedor de todas as manifestações da tuberculose e irá auxiliar o melhor tratamento (BRASIL,2011)

A PNH determina um projeto terapêutico paralelamente com a gerência e a equipe de saúde apresentando:

Escutar significa, em um primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. O mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. A noção de saúde como bem de consumo ("quanto mais, melhor") precisa ser combatida para que os danos possam ser diminuídos. As mudanças de hábitos precisam ser ofertadas como experiências novas e não como restrições. Se um usuário gosta de uma atividade X ou comida Y que, no entanto, não são recomendáveis para sua condição biológica, é preferível não começar o tratamento por aí ou então tentar um "meio termo" possível (redução de danos). Evitar recomendações pastorais⁵ e culpabilizantes (doença multifatorial não tem causa única). Negociar restrições sem rancor e levar em conta os investimentos do doente: quando os usuários encontram dificuldades em seguir "as ordens" ou têm outras prioridades, a equipe se irrita com eles, muitas vezes não se dando conta disso. Essa irritação transparece e dificulta o diálogo e a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o usuário, provocando reações de "afirmação de autonomia" e resistência ao tratamento. É muito importante tentar produzir a corresponsabilidade e não a culpa. Evitar iniciar os encontros com perguntas sobre a doença (comeu, não comeu, tomou remédio, não tomou etc.) ou utilizar perguntas infantilizantes ("comportou-se?"); mostre ao usuário que o quê se quer é ajudá-lo a viver melhor e não torná-lo submisso. A linguagem dos profissionais de saúde nem sempre é compreensível, portanto deve-se habituar a perguntar o que foi entendido do que se disse, o que ajuda muito. Além disso, é importante ouvir quais são as causas da doença, na opinião dos usuários. É importante levar em conta que o modo de cuidar pode reforçar a discriminação racial, de gênero e a desigualdade social, dentre outros (BRASIL,2011, p.94-95).

A enfermagem de destaca-se na assistência a tuberculose, pois possui uma parcialidade com o cuidado no atendimento da tuberculose. Ocorre um conjunto de aspectos no papel do enfermeiro, por que realiza um atendimento diretamente ao interno com tuberculose, administra atividades, coordenação de todo processo de tratamento, quanto aos conteúdos de logística da assistência e epidemiologias (CASTRO,2012).

Ao parar e analisar a saúde prisional iremos identificar um modelo curativista, porque o interno chega a unidade prisional saudável com ausência total de doença, mas ao invés de ser realizado uma educação em saúde, fazer uma redução das superlotações das celas, colocar o interno em um ambiente salubre eles preferem tratar a doença; esse modelo curativista trás ainda mais gastos para a saúde pública, porque se houvesse uma promoção e prevenção a saúde desse interno a

redução da tuberculose e muitas doenças que acometem os internos durante o cárcere poderia ser evitado (SCHERER et al.,2005)

Promoção e prevenção de saúde são palavras fundamentais para a excelência profissional de um enfermeiro; são referências de qualidade na assistência de enfermagem, com o propósito na melhoria das atividades relacionadas através desses profissionais, ocasionando uma maior evidência diante da categoria (FREIRE et al.,2016).

Compreende-se que todo ser humano precisa desenvolver capacidades que ajudem nas fases do ciclo vital. A enfermagem ajuda promovendo o progresso na saúde e doença, mas para que acontece o enfermeiro devera ter uma visão holística e ter o interno como foco da sua assistência (FREIRE et al.,2016)

O Tratamento adequado da tuberculose é a prevenção, porque assim estabelece a saúde do interno e com isso promove a saúde dentro das unidades prisionais, devido a essa prevenção e promoção a saúde reduzimos o impacto dentro dos presídios (BRASIL,2011).

Compete ao enfermeiro orientar sobre o abandono do tratamento, porque é durante esse intervalo que ocorre o aumento de disseminação da tuberculose, aumentando assim o perigo de infecção a ele e o ambiente ao qual está recluso, se tornando multirresistente ao tratamento medicamentoso (CASTRO,2012)

A qualidade de vida do interno colabora para a precaução da tuberculose e a diminuição da disseminação da doença, orientando toda população carcerária a manter as celas ventiladas e iluminadas com luz solar, manter uma alimentação adequada, e ter atenção com a saúde assim associando a todos esses cuidados o interno mantém uma vida saudável evitando o adoecimento (CASTRO,2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados apresentados nesse estudo, pode-se concluir que é um grande desafio a saúde sistema prisional, principalmente quando se trata de doenças infecto contagiosa como a tuberculose, pois é um grande problema de saúde pública em todo mundo.

Este estudo nos mostra que se tratando da tuberculose, está relacionada ao cárcere, as superlotações de celas, condições insalubres no quais esses internos são submetidos, mas esses são os grandes causadores no desenvolvimento da tuberculose dentro das unidades prisionais.

As relações intersetoriais entre justiça e saúde no sistema prisional do Espírito Santo, andam em conjunto em benefício desse interno, pois a justiça determina que esse interno tenha acesso a saúde dentro das unidades prisionais. Sendo que em outros estados da federação nem sempre a justiça e saúde andam lado a lado.

Devido ao crescimento da população carcerária e aumento da tuberculose, é necessário os profissionais de saúde tenham um olhar diferenciado sobre a saúde desse interno, que esse profissionais sejam treinados para pode trata-lo de forma humanizada, porque infelizmente muito profissionais de saúde dentro do sistema prisional trabalham com nojo, com preconceito por esse interno está em cárcere, situação essa que pode ocorrer com qualquer pessoa.

Por conta do modelo de saúde curativista esperamos que o interno adoeça para depois trata-lo, com tudo isso aumenta o custo para tratar esse interno, porque quando a doença já é detectada esse interno já está muito debilitado, na maioria das vezes já transmitiu para seus companheiros de cela. Cada vez mais é necessário a promoção e prevenção a saúde dentro das unidades prisionais para que os internos não venham adoecer, o enfermeiro é o único profissional de saúde que possui contato direto com esses internos, pois nem sempre existem médicos nas unidades prisionais.

A enfermagem é quem dá o primeiro passo para ressocializar esse interno, a partir do momento que passamos tratar esse interno com dignidade independente do que ele tenha feito para estar nessa situação, tudo isso contribui para uma melhora de vida desse interno, muita das vezes esse interno nunca foi tratado com dignidade.

Todos os profissionais deveriam se unir para garantir que toda assistência de saúde dentro das unidades prisionais sejam humanizadas, para que podemos fazer a diferença na vida desses internos.

Podemos perceber o quanto é necessário a assistência integral a saúde ao interno com tuberculose.

REFERÊNCIAS

ALQUIMIM, F.A. Comportamento de risco para HIV em população carcerária de Montes Claros. Minas Gerais. **Revista Unimontes Científica**. 2014, v16, n.1,p.49-54.Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/311>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

BANDEIRA, Manuel. **50 poemas escolhidos pelo autor**. Os cadernos de cultura do Ministério da Educação e Cultura. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1955. p. 11-12.

BERTHOLI FILHO, Cláudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz 2001.Disponível em:<<https://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-8575410067.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2017.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Ática, 1998.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto-lei nº 2.848**. Brasília,1940.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1777**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. Brasília, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Primária**. Brasília, 2011.

BUSS, M.P. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde.2000. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/630/63050114/>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

CAMARGO, P.J et al. O perfil das detentas HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná, Brasil. Paraná, **J Health Sci Inst**. 2012 v.30, n4, p.369-376. Disponível em: <<https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/>>-

ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p369a376.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2017.

ESPIRITO SANTO. Secretária de Justiça. **Informe Técnico**. Vitória, 2017.

ESPIRITO SANTO. Secretária de Justiça. **Portaria-R 690**. Vitória, 2008.

FERRI, A.O et al. **Diagnóstico da tuberculose: uma revisão**. Revista Liberato. 2014. Disponível em: http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista_SIER/v.%2015%2C%20n.%2024%20%282014%29/4%20-%20Tuberculose.pdf Acesso em: 25 de maio de 2018

FERNANDES, Bruna Rafaela; RIGHETTO, Luiz Eduardo Cleto. O sistema carcerário brasileiro. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI**. v. 4, n.3, p. 115- 135, 3º Trimestre de 2013. Disponível em:< <https://www.univali.br/ricc>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

FREIRE, R.M.A. Um olhar sobre a promoção de saúde e a prevenção de complicações diferenças de contexto. **Revista Latina Americana de Enfermagem.2016**. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02749.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

FUNDAÇÃO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA. **Tuberculose**. Disponível em: <<http://www.ff.ul.pt/tuberculose/tuberculose/epidemiologia/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

GONÇALVES, Helen. **Tuberculose ao longo dos tempos**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. VII (2): 303-25, jul. – out. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702000000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 ago. 2017.

LAROUZÉ, B. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro.2015. Disponível em : <<file:///C:/Users/27gom/Documents/downloadsaude%20tbhh.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

MACEDO, R.L; MACEDO, R.C; MACIEL, N.L.E Vigilância epidemiológica da tuberculose em presídios do Espírito Santo. Fortaleza, **Rev Bras. Promoção Saúde**. 2013; v.26, n.2, p.216-222. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40828920009.pdf>>. Acesso em:07 ago. 2017

MACHADO, J.C et al. A incidência da tuberculose nos presídios brasileiros: Revisão sistemática. São Caetano do Sul, **Rev. Aten. Saúde**. 2016; v.14, n.47, p.84-88. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3256>. Acesso em: 06 set. 2017.

MACHADO, K.D. **O perfil do preso conforme dados do infopen 2014**. Disponível em: <<http://emporiododireito.com.br/leitura/o-perfil-do-preso-conforme-dados-do-infopen-2014>>. Acesso em: 16 maio 2018.

MACIEL, M.A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) miséria. **Rev. Clín.** pág. 226-230. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>>. Acesso em: 03 de ago. 2017

MELO, Fernando A. Fiúza de et al. Tuberculose. In: Veronesi: **Tratado de infectologia**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, v.1, 1139-1263. 2005.

MENEZES, O.P.R Projeto de implantação do controle da tuberculose nas instituições penais do município da Salvador- BA. Bahia, **Boletim de pneumologia sanitária**, 2002; v.10, n.2, p.36-40. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2002000200006>. Acesso em: 27 set. 2017.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: _____. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001, p.23

MOREIRA, R.T; FÁVERO, L.J; MACIEL, N.L.E **Tuberculose no sistema prisional capixaba**. **Revista Brasileira de pesquisa em saúde**. 2010; v.12 n.1, p26-33. Disponível em:< <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/281>>. Acesso em: 05 ago. 2017

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Tuberculose nos presídios brasileiros é emergência de saúde e de direitos humanos, dizem especialistas**.

PAN American Health Organization. **Guia para el control de La tuberculose en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el caribe**. Washington DC: Pan América Health Organization; 2008.Disponível em: <<http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/OPS/Gu%C3%ADa%20para%20el%20control%20de%20la%20tuberculosis%20en%20poblaciones%20privadas%20de%20libertad%20de%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>>. Acesso em: 31 out 2017.

REIS, J.A et al tuberculose: Características e prevalência na população privada de liberdade de sistemas de saúde prisional do Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul, **Revista jovens pesquisadores** 2014; v.4, n.3, p.18-27. Disponível em:< <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/4639>> Acesso em: 27 set. 2017.

RIOS, M.Z. **Sanatório Getúlio Vargas: medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967)**.2009. Centro de ciências humanas e naturais programa de pós-graduação em história social das relações políticas.

Universidade Federal do Espírito Santo.2009. Disponível em:
<<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp119677.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2017

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Ed. Unesp: Hucitec, 1994.

SCHERER, M.D.A. et al., Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde da família com base nas categorias kuhnianas.v.9, n16, p.53-63. set2004/fev2005

STEPHANI, Jacques. **Guia do tuberculoso e do predisposto**. São Paulo: Companhia Editora Nacional: 1933.

SOUZA, J.M. **Atraso no diagnostico da tuberculose sistema prisional: a experiencia do apenado**.2012. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/html/714/71422299002/>> Acesso em: 05 maio 2017.

VERDÉLIO,A. **Com 726 mil presos, Brasil tem terceira maior população carcerária do mundo**. Brasília,2017.