

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAYANNE SANTOS ALVES

**O discurso de pessoas privadas de liberdade com a
tuberculose à luz da história oral de vida**

João Pessoa
2012

RAYANNE SANTOS ALVES

O discurso de pessoas privadas de liberdade com a tuberculose à luz da história oral de vida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em enfermagem e saúde

Linha de pesquisa: Políticas e práticas do cuidar em enfermagem e saúde

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Lenilde Duarte de Sá.

João Pessoa
2012

ALVES, Rayanne Santos

O discurso de pessoas privadas de liberdade com a tuberculose à luz da história oral de vida.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Lenilde Duarte de Sá - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Profª Drª Jordana de Almeida Nogueira - Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Profª. Drª. Fabiana Barbosa de Assumpção de Souza – Examinador
(Universidade Estadual do Rio de Janeiro)

DEDICATÓRIA

Aos marginalizados do sistema, aos ninguéns de Eduardo Galeano, e aos que com eles se sensibilizam, sobretudo, protestam por um mundo melhor e mais justo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado Deus, pela beleza de viver e ter sido força e luz nesta caminhada, com proteção e dádivas;

Aos meus guerreiros pais, Eleonora Santos e Nelson Alves, pelo amor, sangue e suor digno dado dia a dia, para meu crescimento e desenvolvimento como ser humano;

Aos meus queridos irmãos, Ingrid e Bergson, pelo bem-querer e respeito que me destes até hoje;

Ao meu marido, Jeferson Henrique, por ter me encontrado e por sua forte presença em minha vida. Obrigada pelos ensinamentos de amor, fé e sensibilidade com os esfarrapados do mundo;

À minha sábia e admirada orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Lenilde Duarte de Sá, pelas oportunidades dadas, pelos conhecimentos transmitidos com amor e seriedade no educar o semelhante. Meu muito obrigada, pela confiança e acolhimento no Grupo TB, pelo despertar à transformação do mundo melhor, em todas as facetas, em especial no compromisso de estudar e fazer ciência com responsabilidade;

Aos meus amigos(as) Madson e Cilene pelo companheirismo, pelas boas e saudáveis risadas e por estar junto seja na alegria, tristeza, na saúde e doença;

A todos os integrantes do grupo TB, especialmente Lílian, Lívia, Késsio, Annelissa e Débora, pela força e contribuições nas produções científicas. E às minhas colegas do mestrado, pelo respeito com a minha pessoa e incentivo em persistir nos meus objetivos e ideologia;

Aos membros da banca examinadora, Prof^ª. Dr^ª. Jordana e Prof^ª. Fabiana, pelas riquíssimas colaborações e aprendizado na perspectiva da construção do conhecimento;

Ao Coronel José Cláudio do Nascimento, gerente da Secretaria da Cidadania e da Administração Penitenciária, pela acolhida e autorização para adentrar nas unidades prisionais com segurança e dignidade. Como também aos profissionais destas;

Aos meus colegas de trabalho, especialmente Aline, Rosaly, Larisse, Maria, Fátima, Celso, Lorena, Ramon que compartilharam seus saberes e estão juntos em prol do cuidado humanizado;

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, o corpo docente e funcionários;

Aos usuários, em tratamento para desintoxicação, do serviço I. Poggi do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira pelo riquíssimo aprendizado com suas histórias de vida, respeito, carinho, apoio e inspiração. Saudades de José Walter e Jeferson (in memorian);

Aos colaboradores deste estudo, pelo respeito e disposição no processo de coleta de informações. E Por fim, a todos que ecoam vibrações positivas para minha vida e a do próximo.

EU SÓ PEÇO A DEUS (Mercedes Sosa)

*Eu só peço a Deus
Que a dor não me seja indiferente
Que a morte não me encontre um dia
Solitário sem ter feito o q'eu queria*

*Eu só peço a Deus
Que a injustiça não me seja indiferente
Pois não posso dar a outra face
Se já fui machucada brutalmente*

*Eu só peço a Deus
Que a guerra não me seja indiferente
É um monstro grande e pisa forte
Toda fome e inocência dessa gente*

*Eu só peço a Deus
Que a mentira não me seja indiferente
Se um só traidor tem mais poder que um povo
Que este povo não esqueça facilmente*

*Eu só peço a Deus
Que o futuro não me seja indiferente
Sem ter que fugir desenganando
Pra viver uma cultura diferente*

ALVES, R. S. **O discurso de pessoas privadas de liberdade com a tuberculose à luz da história oral de vida.** 2012. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

RESUMO

O acesso da população carcerária às ações e serviços de saúde é definido pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que enfatiza a garantia do direito à saúde para o conjunto da população brasileira. Neste, se incluem as Pessoas Privadas de Liberdade, confinadas em estabelecimentos prisionais, o que torna a minimização das diferenças entre a vida intramuros e a extramuros fundamental para a redução das iniquidades e a universalização do acesso à saúde. Portanto, o plano é um instrumento para inclusão dos detentos no Sistema Único de Saúde. A tuberculose e as prisões constituem-se como sérios problemas de saúde pública e as ações do controle desta doença nos espaços penitenciários tem se mostrado deficientes. O estudo objetivou analisar as ações de controle da tuberculose voltadas às pessoas privadas de liberdade, segundo as determinações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário das unidades penitenciárias masculinas do município de João Pessoa, Estado da Paraíba. Trata-se de um estudo avaliativo de natureza qualitativa. Os sujeitos da pesquisa são sete pessoas privadas de liberdade do sexo masculino com história de adoecimento por tuberculose, notificados no ano de 2011. Para construção do material empírico foi utilizada a técnica da história oral e para leitura das informações obtidas, feita análise do discurso. Referente às ações de controle da tuberculose no âmbito penitenciário, os sujeitos apontaram, nos seus discursos, carência de medidas profiláticas da doença, relatando, por vezes, insalubridades dos recintos (celas), a alimentação inapropriada ao doente de tuberculose e negligência por parte dos agentes penitenciários para com a mobilização de transportá-los ao serviço de saúde. Conforme discursos proferidos por tais colaboradores, o cuidado no controle da tuberculose é realizado, predominantemente, em situações que a doença já se encontrava instalada no indivíduo e as orientações dos profissionais de saúde se resumem à manutenção da condição saudável do mesmo após ou durante a persistência de debilidades biológicas geradas pelo quadro clínico de adoecimento por tuberculose, aconselhamento para continuidade da ingesta regular e diária dos bacteriostáticos e orientação prescritiva para o não uso de drogas. As narrativas apontam conhecimento ineficaz sobre as formas de contágio da doença, vinculam o acometimento por tuberculose ao tabagismo e uso de drogas ilícitas; proferem discursos relacionados ao estigma da tuberculose nas relações com os demais apenados, o que denota fragilidades de informações sobre a doença por parte dos apenados. Os fragmentos discursivos emergem sentidos negativos de estar doente de tuberculose na prisão. A fim de superar as dificuldades quanto ao acesso à saúde dos apenados e ao controle eficaz da tuberculose entre essa população, necessita-se do empreendimento de esforços, por parte do Estado, da gestão do presídio e dos profissionais de saúde, na execução de ações em saúde coesas com as políticas de saúde voltadas a esta população e efetivação das Leis de Execuções Penais. Tais medidas colaboram em aniquilar as iniquidades inerentes ao princípio da universalização do acesso à saúde indistinto da população brasileira.

Palavras-Chave: Tuberculose. Direitos Humanos. Prisões.

ALVES, R.S. The speech of private persons of freedom with the tuberculosis by the light of the oral history of life. 2012. 94f. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Postgraduate Program In Nursinhg - Health Sciences Center, Federal University of Paraiba, Joao Pessoa, 2012.

ABSTRACT

The access of the population carcerária to the actions and services of health is defined by the National Plan of Health in the System Prisoner, who emphasizes the guarantee of the right to the health for the set of the Brazilian population. In this, there are included the Deprived Persons of Freedom, bordered in prison establishments, which makes the minimização of the differences between the life intrawalls and to extrawalls basically for the reduction of the iniquities and the universalização of the access to the health. So, the plan is an instrument for inclusion of the detainees in the System Only one of Health. Prisoners constitute the tuberculosis and the prisons like serious problems of public health and the actions of the control of this disease in the spaces it has when if deficientes were shown. The study aimed to analyse the actions of control of the tuberculosis turned to the private persons of freedom, according to the determinations of the National Plan of Health in the System Prisoner of the unities masculine prisons of the local authority of John Pessoa, State of Paraíba. It the question is a study avaliativo qualitative nature. The subjects of the inquiry are seven private persons of freedom of the masculine sex with history of adoecimento for tuberculosis, notified in the year of 2011. For construction of the empirical material there was used the technique of the oral history and for reading of the obtained informations, when analysis of the speech was done. Referent to the actions of control of the tuberculosis in the extent prisoner, the subjects pointed, in his speeches, to lack of preventive measures of the disease, reporting, for times, insalubridades of the enclosures (cells), the food inapropriada to a patient of tuberculosis and negligence for part of the agents prisoners for with the mobilization of transporting them to the service of health. According to speeches uttered by such collaborators, the care in the control of the tuberculosis is carried out, predominantly, in situations that the disease was already installed in the individual and the directions of the professionals of health consist in the maintenance of the healthy condition of same after or during the persistence of debilidades biological produced by the clinical picture of adoecimento for tuberculosis, advising for continuity of the regular ingesta and daily rate of the bacteriostáticos and direction prescritiva for I it do not use drugs. The narratives point to ineffective knowledge on the forms of infection of the disease, link the attack for tuberculosis to the tobaccoism and use of illicit drugs; they make speeches made a list to the stigma of the tuberculosis in the relations with the too much punished ones, which it shows fragilidades of informations on the disease for part of the punished ones. The discursive fragments surface negative senses of is ill of tuberculosis in the prison. In order to surpass the difficulties as for the access to the health of the punished ones and to the efficient control of the tuberculosis between this population, one needs the undertaking of efforts, for part of the State, of the management of the prison and of the professionals of health, in the execution of actions in health cohesive with the politics of health turned to this population and efetivação the Laws of Penal Executions. Such measures collaborate in destroying the iniquities inherent in the beginning of the universalização of the access to the health indistinct of the Brazilian population.

Keywords: Tuberculosis. Human Rights. Prisons.

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AD	Análise de Discurso
DH	Direitos Humanos
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course
GESIPE	Gerência Executiva do Sistema Penitenciário
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Política Nacional de Controle da Tuberculose
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
PPL	Pessoa Privada de Liberdade
TODO	Tratamento Diretamente Observado
TB	Tuberculose
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

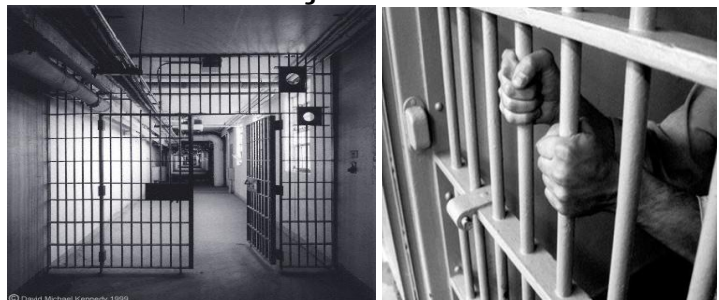
SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
1.1 O PROBLEMA DA TUBERCULOSE NAS PRISÕES	11
1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	13
1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA	14
2 MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 SAÚDE E DIREITO HUMANOS	16
2.2 A TUBERCULOSE NAS PRISÕES	20
3 PERCUSO METODOLÓGICO	28
3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO	29
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	29
3.3 TÉCNICA DE CONSTRUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	29
3.4 COLABORADORES DO ESTUDO	33
3.5 ANÁLISE DAS NARRATIVAS	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	35
4 REVELANDO HISTÓRIAS DE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE COM TUBERCULOSE NA PRISÃO	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
5.1 EXPERIÊNCIA COMO DOENTE TB EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	50
5.2 ACESSO E ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE	55
5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O CONTROLE DA TUBERCULOSE DO SISTEMA PRISIONAL	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	86
APÊNDICE A – Termo de consentimento Livre e Esclarecido.....	87
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	89
APÊNDICE C – Carta de Cessão	91
ANEXO.....	92

*“ Do lado lá não adianta gritar
Esforço é inútil não vão te escutar
De dentro dos muros eu observo
O que acontece nesse mundo sujo e paralelo
Não sei da onde veio nem como surgiu
Maldade, desonestidade, puta que pariu
O universo do Lúcifer, cobra coral
Mundo do crime, legião do mal
Eu quero me livrar, eu quero sair,
Eu quero esquecer tudo por aqui[...]
No Carandiru lugar abominável
horrível lugar tenebroso
Vidas humanas tiradas igual a de um porco ”.*

(Detentos do Rap – Quebrando as algemas do preconceito)

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS



© David Michael Kennedy 1999

1.1 O PROBLEMA DA TUBERCULOSE NAS PRISÕES

A tuberculose (TB) nas unidades prisionais, especialmente as de regime fechado, se constitui como um sério problema e risco à saúde dos apenados, familiares e comunidade, pois a gravidade desta doença torna-se mais acentuada em recintos aglomerados de pessoas no convívio em um pequeno espaço, como as celas, com pouca iluminação, circulação de ar reduzida e ambientes insalubres. Tais fatores repercutem fortemente na vulnerabilidade de ser infectado pelo agente causador da TB, o *Mycobacterium tuberculosis*, mediante crescimento e desenvolvimento deste bacilo nestes ambientes.

Dentre os elementos que dificultam o efetivo controle da TB, de forma geral, são relatados problemas de prevenção, diagnóstico e tratamento relacionado à qualidade dos serviços de saúde (AVELAR, 2006). Soma-se ainda, com peculiaridades inerentes ao doente de TB: hábitos nocivos a saúde, comprometimento imunológico, déficit de auto-cuidado e situação de vulnerabilidade social.

Dentre as preocupações das autoridades de saúde, destaca-se a população prisional que apresenta índices de contaminação 35 vezes superior à da população geral favorecendo a persistência da doença para além das muralhas penitenciárias (SÁNCHEZ et al., 2007).

É sabido que a TB é uma doença infecto-contagiosa, duas vezes mais frequente em homens do que mulheres e quatro vezes mais comum em indivíduos de outras raças que não a branca. Contudo, a incidência é maior em pessoas que vivem em condições de higiene precárias e socialmente fechadas como: prisões, cortiços e abrigos sociais (BOUNDY et al., 2004).

As Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) custodiadas no sistema penitenciário brasileiro são, em sua maioria, jovens - homens negros e pardos, solteiros com menos de 30 anos de idade (BRASIL, 2010a), com pouca escolaridade e advindos de grupos populacionais de baixo poder aquisitivo e social.

Como os presídios, em sua maioria, são locais superlotados, com circulação de ar reduzido e padrões sanitários deficientes, as PPL, muitas vezes, possuem comportamentos de risco, devido uso de substâncias psicoativas (como crack, cocaína, cannabis sativa e outras drogas) ou atividades sexuais (com ou sem consentimento) soma-se ainda com uma nutrição inadequada que se faz presente no seu cotidiano (NOGUEIRA; ABRAHÃO, 2009).

Importante ressaltar que o conjunto da população penitenciária de forma geral é constituído de pessoas pobres, condenadas por crimes contra o patrimônio, a maioria conexas ao microtráfico de drogas ilícitas. Poucos foram alfabetizados ou completaram o ensino

fundamental; tampouco possuíam profissão definida anteriormente à prisão, caracterizando uma situação de exclusão social anterior ao seu ingresso no Sistema Prisional. Mais da metade dessa população é reincidente na prática de crimes e comumente associam seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontram (BRASIL, 2010a).

Pelo exposto, o sistema prisional é considerado um sério problema de saúde pública em potencial em todo o mundo, pois além das prisões concentrarem indivíduos em situação de limitação ao acesso a bens culturais e/ou de serviços, eles participam do grupo dos "especialmente vulneráveis" ao adoecimento e morte por doenças infecto-contagiosas, como TB e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (CARVALHO et al., 2006). Sendo a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) o maior fator de risco conhecido para o desenvolvimento de tuberculose (NOGUEIRA; ABRAHÃO, 2009).

Os sistemas penitenciários das mais distintas nações e suas regiões mostram a ampla variedade e diversidade de sua organização, estrutura, legislação e acesso a recursos, como outros aspectos. Na sua maioria se constituem como reflexo da pobreza, desemprego, da desigualdade e iniquidades sociais que se vive nas Américas. É notório, com raríssimas exceções, que a situação das condições dos centros penitenciários são inadequados, existindo problemas infraestruturais, de saneamento, violência e recurso de materiais e humanos (RODRÍGUEZ, 2007).

Na urgente necessidade de atenção de políticas públicas voltadas à população prisional, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em 09 de setembro de 2003 através da Portaria nº 1.777, que o prevê com inclusão da população penitenciária no SUS, a garantia que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 8.142, de 199 e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984 (BRASIL, 2004).

A saúde das PPL é um direito estabelecido em leis internacionais e nacionais que definem a responsabilidade do Estado na preservação de sua saúde. Assim é importante a inclusão da problemática da “TB nas prisões” na agenda das políticas públicas conforme recomendação do Fórum Stop TB no ano de 2009 (BRASIL, 2010a); é imprescindível a união do setor saúde e justiça nos distintos níveis de governo para garantir o acesso das PPL às ações e serviços de saúde, que de forma direta ou indireta irão contribuir fortemente na redução das taxas de contaminação e abandono do tratamento da tuberculose, evitando assim o risco de contaminação para com a sociedade em geral.

1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A escolha do objeto deste estudo nasceu após discussões com integrantes do grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose na Paraíba (cadastrado e certificado CNPq/2002), que se encontra articulado à Área de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose – REDE TB, na intenção de conhecer e interpretar as ações de controle da TB e a experiência de estar doente dentro do sistema penitenciário, mediante a história oral de vida. Dentre os objetivos do Grupo TB, encontram-se a produção de conhecimento sobre a tuberculose e Sistemas de Atenção à Saúde.

O estudo qualitativo, o método da história oral de vida e a utilização da técnica de análise do discurso, como opções metodológicas deste estudo, proporcionaram o desbravamento do significado e significância da estar doente de TB e privado de liberdade no sistema penitenciário masculino de João Pessoa-PB.

Estudos realizados sobre o controle da tuberculose em conjuntos penais mostram que o alto índice de incidência desta doença deve-se as condições precárias e insalubres desses recintos (BRASIL, 2009a), uma vez que o sistema não oferece um tratamento, na maior parte, digno as PPL, denotando que o Estado, enquanto provedor de cidadania, com o dever de assegurar a saúde como um bem, mostra-se ineficaz para as PPL.

Por entender que a tuberculose é uma doença social, as pessoas em situação de vulnerabilidade, a exemplo dos encarcerados, tornam-se os principais alvos dessa doença e maior risco de óbito, afetando a saúde não apenas no âmbito individual, como também coletivo, uma vez que ao ser reintegrado em sociedade o ex-detento portador de TB torna-se fonte de contaminação para familiares e outros contatos. Partindo desse pressuposto é de bom alvitre salientar a importância acerca de um serviço de saúde de qualidade a ser prestado as PPL no combate a tal doença, abrindo a oportunidade aos detentos de ter, na prática, assegurado o direito à saúde.

Compreende-se que o atendimento pleno das necessidades mínimas as PPL está distante de ser alcançado, pois, muitas vezes, a realidade das prisões brasileiras denota o não cumprimento do preconizado por lei. Assim destaca-se a importância de estudos que possam analisar, segundo experiências de pessoas encarceradas acometidas de TB, a prática de cuidados prestados no sistema prisional e as ações de controle da TB. Dessa forma, almeja-se a garantia dos encarcerados o acesso à saúde, tanto pela defesa da praticidade do direito constitucional, como pela repercussão na redução de taxas de novos casos de TB. E na

perspectiva do cuidado integral, pretende-se potencializar novas abordagens e estratégias coerentes à realidade da população prisional.

Diante do acima logrado, da problemática que é a íntima relação entre TB e a população privada de liberdade, a questão norteadora desta pesquisa é: que ações, relacionadas ao controle da TB, são desempenhadas no cuidado aos doentes privados de liberdade no sistema carcerário?

1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA

Geral: Analisar as ações de controle da TB voltadas a PPL, segundo as determinações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, a assistência prestada e/ou oferecida no sistema penitenciário masculino do município de João Pessoa (PB), à luz da história oral de vida.

Específicos:

- Conhecer a experiência de pessoas privadas de liberdade com a TB no espaço da prisional;
- Identificar as ações de controle da TB voltadas ao cuidado de pessoas doentes ou não que convivem no espaço prisional;
- Identificar a existência ou não de contradições entre as necessidades dos presidiários acometidos por tuberculose e o cuidado prestado às PPL segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

*"São Paulo, dia 1º de outubro de 1992, 8h da manhã.
Aqui estou, mais um dia.
Sob o olhar sanguinário do vigia.
Você não sabe como é caminhar
com a cabeça na mira de uma HK.
Metralhadora alemã ou de Israel.
Estraçalha ladrão que nem papel.
Na muralha, em pé, mais um cidadão José.
Servindo o Estado, um PM bom.
Passa fome, metido a Charles Bronson.
Ele sabe o que eu desejo.
Sabe o que eu penso.
O dia tá chuvoso. O clima tá tenso.
Vários tentaram fugir, eu também quero.
Mas de um a cem, a minha chance é zero.
Será que Deus ouviu minha oração?
Será que o juiz aceitou a apelação?..."
(Racionais Mc's – Diário de Detento).*

2 MARCO TEÓRICO



2.1 SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Neste estudo optou-se pelo conceito positivo e multidimensional da saúde, atrelado à promoção da saúde, considerada um dos elementos da prevenção de nível tecnológico primário, um conjunto de medidas que visa qualificar a saúde e o bem-estar geral, com enfoque no indivíduo, seu ambiente físico e estilo de vida.

Tal conceito positivo foi afirmado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual define a saúde como resultado das condições alimentícias, de habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. Para tanto, saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional (BRASIL, 1986).

A organização do Estado brasileiro demonstra que o essencial para a qualidade de vida de um povo, é que os direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 sejam oportunizados. Isso porque denotam uma concepção fundada na ideia de sobrevivência racional e atuam como meios para que as pessoas possam alcançar a dignidade humana, enquanto seres dotados de vida (TONIÊTO, 2010).

Antes da instituição do PNSSP, a Lei de Execução Penal brasileira, no título II, capítulo II, art. 14, dispõe a assistência à saúde do preso e do internado de caráter tanto preventivo como curativo. Para isso, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Caso o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento (BRASIL, 1984).

Mas, as condições limites de vida e saúde da população que se encontra em unidades prisionais, permite refletir que embora a legislação vise a prevenir o crime e a garantir o retorno à convivência social, as precárias condições de confinamento e as relações de poder tornam-se um dos empecilhos a esta meta, bem como impossibilitam o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva (GOIS et al, 2012).

Em diálogo com outro pensamento, Ayres (2007) considera a saúde de forma distinta da doença, indissociáveis, distanciando da concepção de polaridade, ou seja, na ausência de um tema, evidencia-se o outro, de forma de superar o modelo médico tradicional. Para o autor, a saúde dar-se sentido não referente a regularidades postas que se permite definir um modo de ser/estar, mas sim, a respeito à própria busca de que algo fazer. Compreende-se que

as pessoas vivem constante transformação. Assim, sendo finitas no tempo e espaço, não se pode afirmar na posse da possibilidade de compreensão da totalidade de nossa existência, individual ou coletiva.

Os programas de promoção de saúde baseados nessa concepção utilizam a lógica da racionalidade individual, na qual o indivíduo devidamente informado será capaz de escolher, entre muitas opções de ações, aquela que não lhe trará danos ou que contribuirá para obtenção de um estado ótimo de saúde (DESLANDES et al, 2002).

A promoção da saúde definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986, no documento (Carta de Ottawa) da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, configurada como um “divisor de águas” no campo prático, teórico e filosófico da saúde pública, afirma: a promoção da saúde é o processo de autonomia das pessoas para aumentar seu controle sobre e melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas (OMS, 1986).

É sabido que a conquista da efetuação do SUS se expressa como a maior política social pensada, ofertada e em consolidação teórico-prático na história do Brasil e por acreditar no conceito positivo de saúde, como o estado provedor de sua eficácia e garantia, é imprescindível a menção de sua relação com os direitos humanos (DH).

Toca-se em especial, a segunda dimensão de direitos humanos, por contemplar teoricamente a importância e fortalecimento da ação positiva do Estado concentrado nos direitos sociais, econômicos e culturais (CUNHA et al, 2009). Uma vez compreendida a saúde como um direito humano, sendo que o exercício de sua constitucionalidade deve ser cumprido na íntegra, almejando que todos tenham o direito à vida, que se expressa no mínimo respeito à dignidade humana.

Humenhuk (2002) considera a saúde como premissa primária da práxis da cidadania do ser humano, pois ela está intrinsecamente relacionada à promoção da saúde, escopo de todo cidadão, no exercício de seus direitos. Nesse sentido, o direito à saúde se configura como forma indispensável no âmbito dos direitos fundamentais sociais.

Observa-se o processo histórico de implantação dos direitos de cidadania em três momentos sucessivos: inicialmente implantado por volta do século XVIII, os “direitos civis” (liberdade de ir e vir, de pensamento, de religião, de opinião, direito à vida, à justiça e à

propriedade, de estabelecer contratos), definidos pela ideia de liberdade individual; em seguida os direitos políticos, no século XIX, que asseguram a participação dos indivíduos no governo da sociedade (como votar e ser votado, direito de associação e organização), consagrados como direitos individuais exercidos coletivamente: e, por último, os “direitos sociais” no século XX, que garantem a participação na riqueza do país – como educação, saúde, trabalho, aposentadoria e salário digno, envolvendo a presença do Estado como criador das condições econômicas para a sua viabilização (REIS, 2007).

A Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, A Carta Magna de 1215, a Revolução Francesa em 1789 e a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, além de outros fatos, simbolizam a historicidade documental de proteção de direitos humanos criados pelas sociedades menos antigas, bem como conjuntura de lutas pela diminuição das iniquidades sociais.

Dentre as vantagens da Declaração dos Direitos Humanos, de 10 dezembro de 1948 destaca-se que esta considera os todos os direitos humanos em sua unidade, pois os direitos humanos econômicos, sociais e culturais não são de maneira alguma de segunda classe. Mais do que isso, o direito à saúde, educação ou à alimentação é considerado um pré-requisito para a percepção dos direitos políticos. Por conseguinte, não se pode separar dos direitos humanos (RAMOS et al, 2009). Essa declaração foi uma premissa de transformação que colocou o indivíduo de forma numa posição singular, e não mais apenas os Estados, em sujeitos jurídicos do direito internacional, que a Declaração de Direitos Humanos é apenas o início de um longo processo, cujo final ainda não é possível desvendar (BOBBIO, 1992).

O direito à saúde, parte dos direitos sociais, têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, antes disso o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, as outras pessoas tinham acesso a estes serviços como um favor e não como um direito. Durante a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado são repensadas e promover a saúde de todos passa a ser seu dever.

É válido explicitar que a Constituição Federal de 1988 foi primordialmente a constituição brasileira a positivar o direito a saúde como direito social. A OMS já havia declarado, antes do advento da Constituição Federal de 1988, que o direito à saúde é um direito fundamental do homem. No Art. 196 da Constituição em vigor preconiza que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Em concordância com Bobbio (1992) deve-se encontrar o modo mais seguro da garantia dos direitos sociais para que, para além das declarações, ele fique ileso de violações. Onde o sujeito de direitos está inserido no contexto social, ou seja, visto em uma situação completa. Para Piovesan (2004) a compreensão dos direitos econômicos, sociais e culturais demanda ainda que se recorram ao direito e desenvolvimento e, a violação aos direitos da segunda dimensão propicia a violação aos direitos civis e políticos, eis que a vulnerabilidade econômico-social leva à vulnerabilidade dos direitos civis e políticos.

É com desfile do capitalismo no cenário mundial influenciando o mercado, as relações e assim a vida das pessoas, constituem uma nova sociedade onde o ter impera sobre o ser, que tanto os direitos socioeconômicos, como os individuais foram reconhecidos e garantidos em oposição ao feudalismo. Para tanto, a base de pensamento central a ser enfatizado é a seguinte: sem a superação do capitalismo, os direitos econômicos e sociais não chegarão a se afirmar e se consolidar, principalmente nas sociedades ditas “periféricas” (BENEVIDES, 2001).

Os direitos humanos da segunda dimensão possuem efervescência primordialmente com a Revolução Industrial, com origens nos movimentos sociais, como a luta da classe trabalhadora em prol dos direitos previdenciários e trabalhistas, remetendo-se a uma ideologia de igualdade e antiliberal.

Tanto os direitos humanos socioeconômicos e culturais, como os direitos humanos civis e políticos para sua realização com sentido progressista depende, além de ter que mexerem profundamente com o comportamento de setores populacionais, de uma razão muito simples: a falta dos recursos financeiros. Ainda no pensar de sua realização, é fundamental superar algumas idéias limitadas a respeito da teoria dos direitos humanos. Isso significa, em primeiro instância, dar - hoje - uma maior atenção aos direitos humanos econômicos, sociais e culturais, dado o descompasso em relação às possibilidades de validação dos direitos humanos civis e políticos, pois se trata de uma relevância conjuntural - semelhante à que justifica o desenvolvimento de ações afirmativas - na perspectiva de garantir uma igualdade entre as classes de direitos, num futuro não muito distante (LIMA JR, 2005).

A garantia do direito à saúde ultrapassa as restritas ações pontuais e clama a necessidade de repensar possíveis respostas das autoridades políticas para a supressão das iniquidades sociais da nação. Sendo o direito à saúde referência do desenvolvimento econômico e social de um país (MACHADO, 2009).

Dentre os entraves da não efetivação dos direitos da segunda dimensão dos DH encontra-se ancorada a questão econômica, pois estes custam muito mais aos cofres públicos

em relação aos direitos de liberdade. O direito à educação, à saúde, ao salário mínimo, à cultura, por exemplo, exigem uma grande quantidade de recursos que, na grande maioria das vezes, o Estado não pode disponibilizar, ou, muitas vezes, o próprio descaso com as questões de ordem social, pois grande parte dos políticos, por terem a convicção de que a garantia desses direitos não trazem uma resposta rápida da sociedade a respeito de seu mandato ou de sua campanha como estratégia para ser reeleito. É muito mais fácil e simples realizar diversas construções de edifícios ou deixar as ruas esteticamente agradáveis do que solucionar os problemas da educação ou dos hospitais da cidade, do estado e do país.

Assim, os direitos sociais, possivelmente ainda mais que os direitos políticos, apesar de terem sido implantados desde século XX, seus avanços no cenário mundial se apresenta de forma ainda frágil, para tal concretização necessita-se da intensificação de lutas na efetuação da cidadania, no estabelecimento de correlação de forças favoráveis aos segmentos sociais efetivamente empenhados para a sua realização e o retorno das discussões nesse aspecto nas agendas políticas.

A sociedade deve cumprir um papel importante, que remete ao exercício da cidadania, o acompanhamento e pressão no desenvolvimento de políticas sociais, através de maior participação nos espaços de deliberação e decisão política, bem como oportunizar o que está definido na constituição brasileira para pressionar o poder público. Para isto, um maior envolvimento com os movimentos sociais se faz justo e necessário, na constituição de uma sociedade que aceite a diversidade e trilhe rumo ao caminho do bem. Imprescindível também que os espaços de ensino e pesquisa tenham um maior envolvimento com a questão social, contribuindo com o papel de formação de cidadãos mais comprometidos com a coletividade na redução de iniquidades sociais.

Válido refletir na repercussão do modelo econômico e político vigente na atualidade que influencia diretamente não apenas, no cumprimento dos direitos sociais como prioridades, mas também no comportamento das pessoas, enquanto sujeitos coletivos, frente ao seu poder de organização e participação das políticas sociais. Uma vez que, o acesso aos direitos de proteção sociais poupariam gastos estatais com projetos sociais assistenciais que apenas amenizam situações agravantes daqueles que nem ao menos o direito de viver dignamente têm.

2.2 A TUBERCULOSE NAS PRISÕES

Nos estudos sobre as prisões brasileiras, vê-se a perda quase total do controle do Estado sobre a vida cotidiana dos detentos nos recintos. Ao "descontrole" ou "desordem" observados corresponderia à emergência de um "controle" ou "ordem", exercido pelos próprios internos, organizados em coletivos denominados "comandos" e/ou "facções", com suas lideranças sempre violentas, que disputam poderes e hierarquias impondo regulamentações sobre o dia a dia da prisão (BATISTA, 2009).

Não bastasse isso, o adoecimento no sistema carcerário é uma questão alarmante. De acordo com Sánchez (2010), a superpopulação, crescentes taxas de ocupação, que no país alcançam 150% da capacidade prevista chegando a 300%, celas pouco ventiladas e sem iluminação solar, alta prevalência de HIV, contribuem na constituição da TB como urgente problemática para as PPL. Em alguns estados, a taxa de incidência de TB entre as PPL chega a ser 35 vezes superior à da população geral.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência da TB mundialmente estimada, foi de 12 milhões de casos só no ano de 2010, enquanto que a mortalidade pela doença atingiu a quantidade de 1,1 milhões de mortes entre pessoas com teste negativo para o HIV e 0,35 milhões de mortes entre pessoas com coinfeção TB-HIV (WHO, 2011a).

No Brasil, foram notificados no ano de 2011, 70.000 novos casos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 37,1/100.000 hab. O percentual de novos casos bacilíferos em Tratamento Diretamente Observado (TDO) no ano de 2010 foi de 47,9%. A taxa de mortalidade, no ano de 2010, foi estimada em 2,4/100.000 hab. Quanto ao percentual de cura no mesmo ano, este foi de 73,6%, com uma taxa de abandono ao tratamento em torno de 10,7% (BARREIRA, 2010). Esses números, em conformidade com a Organização Mundial de Saúde (OMS), inserem o Brasil entre os 22 países que concentram 82% dos casos de TB no mundo (BRASIL, 2012).

O estado da Paraíba também não apresenta um panorama ideal no controle dessa doença. Possui uma cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de 95%. Dos seus 223 municípios, 11 são considerados prioritários para a operacionalização do PCT, elaborado pelo Ministério da Saúde. São eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos, Cajazeiras, Cabedelo, Sapé, Sousa, Pombal e Guarabira (LIMA, 2010).

O setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde da Paraíba informou que em pleno início ano de 2011, 27 novos casos de TB foram notificados no município de João Pessoa-PB. No ano de 2010 foram registrados 441 casos da doença.

Segundo informações cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde, referente ao registro do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) em ano de 2010 foram

34 novos casos de tuberculose nos presídios de João Pessoa-PB, ainda dentro do contexto carcerário, 4 tiveram recidiva da TB e 3 pessoas reingressaram no sistema penitenciário após o abandono do tratamento.

Objetivando controlar a TB, o MS adotou no Brasil o DOTS (*Directly Observed Therapy, Short-course*), estratégia recomendada internacionalmente, que, consiste em cinco pilares: esquemas de tratamento padronizados e diretamente supervisionado, pelo menos uma vez por semana durante o primeiro mês de tratamento; aquisição e distribuição regular de medicamentos; criação de um eficiente sistema de informação; ações de busca de sintomático respiratório, com retaguarda laboratorial; e compromisso político (AMARAL et al., 2010).

Além dos fatores já mencionados em tópicos anteriores, outros concorrem para a alta endemicidade da tuberculose nas PPL, tais como: condição de vida dos indivíduos antes do encarceramento; população jovem, predominantemente masculina oriunda de comunidades desfavorecidas com maior ocorrência de TB; antecedente freqüente de encarceramento; dificuldade de acesso aos serviços de saúde e menor oportunidade de diagnóstico e tratamento da TB; exposição freqüente ao *M. tuberculosis* em ambiente confinado; falta de informação sobre o problema (BRASIL, 2010).

As penitenciárias facilitam a ocorrência e transmissão da tuberculose. A incidência da doença é maior entre os presos do que entre a população em geral. Em 2010, a população privada de liberdade representou 0,2% da população do país, porém contribuiu com 6,0% dos casos novos de tuberculose notificados no SINAN naquele ano (BRASIL, 2012). A gravidade do problema da TB nas prisões se revela pela elevada freqüência de formas resistentes e multirresistentes, relacionados ao tratamento irregular e a retardo do diagnóstico dos casos de resistência (BRASIL, 2010).

Dentre os principais fatores que contribuem para a alta endemicidade da TB na população privada de liberdade, destacam-se: os relacionados aos indivíduos e sua condição de vida antes do encarceramento: população jovem, predominantemente masculina, de baixa escolaridade, oriunda de comunidades desfavorecidas com maior ocorrência de TB; uso de drogas ilícitas; maior freqüência de tratamento anterior para TB; antecedente freqüente de encarceramento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde e menor oportunidade de diagnóstico e tratamento da TB (BRASIL, 2011).

No Brasil, a magnitude do problema é pouco conhecida pela ausência, na maioria dos Estados brasileiros, de programas específicos de vigilância epidemiológica e de luta contra a TB na população carcerária (SÁNCHEZ et al, 2007).

Ainda em concordância com Sánchez (2006) para as pessoas com pouca experiência sobre tal temática, o controle da TB em unidades prisionais pode parecer simples. Porém, os obstáculos são diversos, tais como: a subvalorização dos sintomas num ambiente violento onde a preocupação com a sobrevivência é prioritária; o risco de estigmatização e de segregação considerando a importância da proteção gerada pelo pertencimento grupal e a fragilidade que produz o reconhecimento da doença num ambiente onde a imagem de força é fundamental; a falta de recursos; a inadaptação dos serviços de saúde e a dificuldade de acesso decorrente da priorização pelas autoridades penitenciárias, da segurança em detrimento da saúde.

De acordo Fernandes (2002) são inúmeras as dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde nas prisões. Como a circulação de detentos é restrita e os profissionais de saúde evitam circular, os agentes de segurança penitenciária terminam por exercer um papel diferenciado no que se refere à regulação do acesso à saúde. Muitas vezes são os agentes de segurança penitenciária que julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do preso e atuam facilitando ou dificultando este acesso. Por outro lado, no ambiente confinado das prisões, estão em contato cotidiano e direto com os presos e expostos, como eles, aos riscos infecciosos, especialmente à tuberculose.

Para Sánchez (2006) a saúde ainda é considerada não como um direito, mas como uma concessão da administração penitenciária. Nesta concepção, a TB continuará sendo uma fatalidade enquanto os detentos não se tornarem os atores centrais de sua saúde. Promover a saúde, e especialmente a luta contra a TB nas prisões, implica uma reflexão conjunta dos atores da “comunidade carcerária” de detentos, familiares, agentes de segurança, profissionais de saúde, todos eles expostos à TB, sobre estratégias participativas adaptadas às especificidades epidemiológicas, sociais e psicológicas desse meio altamente hierarquizado.

Apesar da existência de leis nacionais e internacionais no intuito de melhorar a assistência às PPL encarceradas, percebe-se a fragilíssima operacionalização destas, provocando grande preocupação à condição que se encontram essas pessoas, concorrendo para existência de práticas de violência, o que mostra o descaso com a saúde física e psíquica dessa população (SILVA; VEDOVELLO; FEGADOLLI, 2008).

Dentre algumas recomendações gerais nacionais para o controle da TB no contexto carcerário, destaca-se a detecção precoce dos casos, estabelecimento de rotinas e fluxos para exames diagnósticos e dos programas estaduais e municipais de controle e rede laboratorial, de forma a garantir o fluxo das amostras, retorno do resultado da baciloscopia em 24 horas e início imediato do tratamento.

Vale ressaltar que ao ingressar no sistema prisional brasileiro é recomendável, o exame sistemático de detecção de TB, estabelecido pela Resolução nº 11 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça. Este contemplado no exame de saúde admissional preconizado pela legislação nacional e internacional, deve ser realizado no prazo máximo de 7 dias após o ingresso na unidade prisional e associar estratégias de informação, educação e comunicação (palestras, grupos de discussão, projeção de filmes) sobre a TB e a infecção pelo HIV (BRASIL, 2010a).

Desse modo, torna-se imprescindível a busca ativa entre os que estão ingressando, e um cuidado mais aprofundado dos que já encontram-se encarcerados para serem submetidos ao teste de diagnóstico da TB, busca ativa periódica na população encarcerada, devendo ser realizada ao menos uma vez por ano de modo a examinar todas as PPL de uma determinada unidade prisional num curto período de tempo, quanto a busca ativa dos contatos.

Segundo dados fornecidos em maio de 2012 pela Gerência Executiva do Sistema Penitenciário (GESIPE), o município de João Pessoa possui uma população carcerária de aproximadamente 4.122 presos, desses 3724 do sexo masculino e 398 feminino, distribuídos em oito presídios, sendo um feminino e sete masculinos. Desse quantitativo, especialmente a população masculina encarcerada, 1.345 são provisórios, 1.839 são condenados; 394 cumprem pena em regime semi-abertos e 146 em regime aberto. É importante dar destaque ao alto número de presos provisórios, pois quanto maior o número destes, maior tende a ser a rotatividade no sistema prisional, necessitando intensificar, ações de controle da TB no ingresso destes nos presídios.

Referente ao controle da TB nos conjuntos penais percebe-se que as diretrizes básicas, na maioria das penitenciárias, não são colocadas em prática. Os doentes não são diagnosticados no momento da admissão e os que adquirem a infecção dentro dos presídios não são diagnosticados precocemente, ocorre o descumprimento do tratamento preconizado pelo MS, há altos índices de abandono de tratamento e multirresistência às drogas (OLIVEIRA & CARDOSO, 2004; SÁNCHEZ et al., 2006, 2007; DIUANA et al., 2008; NOGUEIRA & ABRAHÃO, 2009).

A partir do princípio da universalidade, todos os cidadãos brasileiros passam a ter acesso aos serviços de saúde, onde o Estado garanta o atendimento de acordo com as necessidades e sem nenhum tipo de custo complementar. Este princípio abrange uma das principais determinantes do sistema atual de saúde e o diferencia dos anteriores por sua característica inclusiva (RAMOS, 2007). Por isso, todos os cidadãos, independentemente de

sua contribuição para com a sociedade deve ter direito garantido sobre a saúde e os meios que a viabilize.

O fato de a utilização dos serviços de saúde ser um comportamento complexo resultante de um conjunto de determinantes que incluem as características sócio-demográficas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico poderá conduzir os indivíduos a uma maior ou menor utilização dos serviços (GOLDBAUM et al., 2005; MENDOZA & BÉRIA, 2001; RIBEIRO et al., 2006; SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

Na perspectiva de efetivação do acesso das PPL às ações e os serviços de saúde, foi criado o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, compartilhado entre os Ministérios da Saúde e da Justiça. O PNSSP, de 2003 a 2010 previa o repasse do incentivo em conformidade com o número de equipes implantadas nas unidades prisionais, ou seja, o incentivo destinado a unidades com mais de 100 pessoas presas, nas quais deve ser implantada uma equipe para cada grupo de até 500 presos, correspondia a R\$ 64.000,00 por ano por equipe. Para as unidades com até 100 pessoas presas o incentivo era de R\$32.000,00 por ano, por estabelecimento, em virtude de que os profissionais de saúde atuantes nessas unidades pertenciam à Secretaria Municipal de Saúde com carga horária menor à das equipes atuantes nas unidades com mais de 100 presos (BRASIL 2010a).

O acesso da população penitenciária à atenção em saúde é definido pelo PNSSP e sua criação foi uma ação governamental estratégica, consonante com a legislação vigente, que enfatiza a garantia do direito à saúde para o conjunto da população brasileira, inclusive aquela que se encontra confinada em estabelecimentos prisionais, o que torna a minimização das diferenças entre a vida intramuros e a extramuros fundamental para a redução das iniquidades e a universalização do acesso à saúde. O PNSSP, dessa maneira, é um instrumento para inclusão, no SUS, das PPL, e uma forma de fazer chegar às unidades prisionais ações, serviços e profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

Para muitas pessoas as prisões são e/ou devem ter um caráter de isolamento social e transição para o extermínio. O preocupante é que esse “pensar e querer”, na prática funciona assim mesmo. É interessante refletir que, quando se remete a Direitos Humanos, o senso comum defende que não passa de um instrumento para defender, quiçá “mimar” “bandidos” e pessoas de alto poder aquisitivo na cadeia. Já a Lei de Execuções Penais (Lei nº 7.210/1984) possui uma amplitude maior, pois não protege somente o direito do detento, mas a própria integridade do ser humano na finalidade principal de reinseri-lo na sociedade e para combater a criminalidade de forma humana e adequada.

Na maior parte das vezes os direitos humanos dos presos tem sido alvo de questionamentos pela sociedade que sente-se prejudicada pelo mau que outrora os mesmos tenham praticado. No entanto é válido lembrar que o encarcerado, antes de tudo, também é um ser humano detentor por si só de direitos inerentes a sua essência e condição atual. Sendo assim, não pode o mesmo ter o seu direito cerceado por ter cometido um crime ou delito, vez que o mesmo preso não deixa de ser detentor de dignidade humana. Assim, no intuito de disciplinar o cumprimento da pena previamente estabelecida em sentença ou decisão judicial surgiu em 1984 a Lei de Execuções Penais.

A Lei nº 7.210/1984 em seu primeiro artigo esclarece que a integridade social dos presos é um dos seus principais objetivos, já não basta a punição do preso para combater o crime, pois um dia este retornando, se não tiver devidamente ressocializado, poderá reincidir na criminalidade. A dignidade da pessoa humana, assim, é a chave mestra, devendo ser respeitada quando se executa uma pena.

A responsabilidade de assistência ao condenado ainda é, por essa lei, unanimemente estatal, conforme o Art. 10, “A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”. No que tange à modalidade de assistência, temos saúde, educação, jurídica, religiosa e ao egresso. Com o fito de proteger a integridade física do condenado, inúmeras são as disposições que disciplinam as condições para a execução da pena, por exemplo: é vedado o emprego de cela escura; o estabelecimento penal deverá ter lotação compatível com sua estrutura e finalidade; salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico à existência humana.

Frente a essa parte do corpo legal da Lei de Execução Penal, se cumprida na prática fica notório a possibilidade de reduzir o risco de contágio de doenças infecto-contagiosas como a tuberculose. Deve-se levar em consideração que a problemática não se limita no enfrentamento de assegurar às PPL o direito à saúde, percebe-se no que se diz respeito aos profissionais de saúde que atuam nas penitenciárias, estes possuem a baixa remuneração e grande rotatividade. Importante também mencionar que os programas de controle da TB e HIV, quando existem, são muitas vezes verticais e limitados ao modelo tradicional de saúde (biologicista), em detrimento de uma abordagem que contradiz a integralidade da assistência, princípio doutrinário do SUS. Conforme Sánchez et al (2010) as PPL são também mal inseridas nas redes de saúde extramuros que, em alguns locais, estabelecem cotas para o sistema penitenciário, limitando o acesso à baciloscopia.

Nesse sentido, o PNSSP foi instituído e desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde conforme os princípios no SUS, cujo objetivo é promover atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculinas e femininas, inclusive nas psiquiátricas. O Plano possui as seguintes diretrizes estratégicas: prestar assistência integral resolutiva e contínua às necessidades de saúde das PPL; contribuir para o controle e/ou redução dos agravos dessa doença que frequentemente atingem a população penitenciária; definir e implementar ações e serviços baseados nos princípios e diretrizes do SUS; proporcionar parcerias mediante ações intersetoriais; compartilhar o conhecimento do processo saúde/doença; provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania; estimular o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2004b).

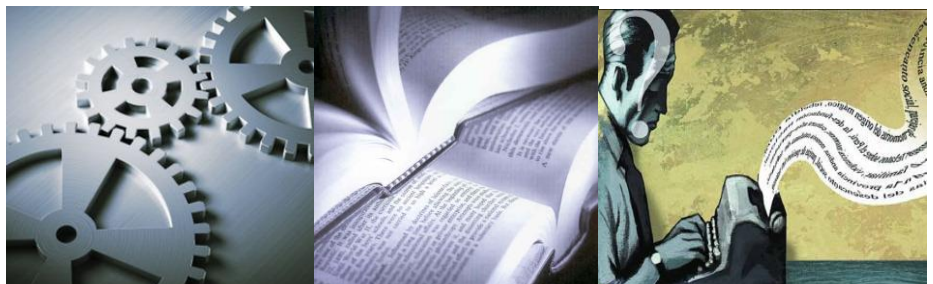
Considerando que o Plano insere no cuidado a PPL no SUS, convém ressaltar que esse cuidado deve contemplar a integralidade do cuidado. Dessa forma destaca-se a importância de mencionar dois conceitos de integralidade. O primeiro, relacionado ao princípio doutrinário do SUS, que define a integralidade da assistência como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (ASSOCIAÇÃO..., 2004).

Superando reducionismos de uma prática biologicista, que nega necessidades mais abrangentes dos usuários, o segundo enfoque para a integralidade compreende a capacidade dos profissionais de saúde em apreender necessidades dos usuários, que resultaram na demanda espontânea, além de outras mais silenciosas, que permitirão a execução de ações voltadas para a prevenção. Acrescenta-se que, nessa prática, há que se compreender o contexto específico de cada encontro do usuário com a equipe de saúde, a fim de nortear a escolha das ações a serem ofertadas, tornando-as mais adequadas (MATTOS, 2004).

A partir do acima discutido, nota-se claramente a urgente necessidade de mobilização para, ao menos, a efetivação do controle da TB nos espaços penitenciários. Para isso, o poder público, gestores de instituições prisionais e dos demais segmentos setoriais, profissionais de saúde e sociedade devem compor uma rede que colabore nas discussões, sensibilização, planejamento de ações que intervenham na minimização, quiçá resolução da problemática da TB nas prisões.

*“Mv Bill tá em casa, pode acreditar
Terrorismo, a voz do excluído tá no ar
Mais um guerreiro do Rio de Janeiro
Buscando alternativa pra sair do coma brasileiro
Considerado louco por ser realista
Maluco, eu não me iludo com vidinha de artista
Guiado por Jesus tenho minha missão
Guerreiro do inferno, traficante de informação
Chapa quente, favelado é o nome
Falo pelo menor que nunca teve Danone como você
sei que é difícil de entender, você nunca sofreu como eu lá na CDD...
Nascido preto, perseguido até morrer
Me ver na prisão é o desejo da madame
Mas eu não tenho apê de um milhão em Miami
Comprado e mobiliado com o dinheiro do povo
Eu olho pra TV e me sinto mais um bobo
Contaminado e dominado pelo medo
Aqui, cadeia é pra puta, pobre e preto
Sujeito homem, não sou homem sujeitado
Nem tô condicionado a ser manipulado por ninguém
Minha atitude vai além, falo por milhões
Compreendido por menos de cem...”
(MV Bill - Voz do excluído).*

3 PERCUSO METODOLÓGICO



3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO

Trata-se de um estudo avaliativo de natureza qualitativa. Segundo Minayo et al (2005) a avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Na proposta de um estudo avaliativo, destacará as experiências narradas por pessoas privadas de liberdade no sistema penitenciário de João Pessoa-PB sobre a TB.

Assim exige uma abordagem qualitativa na medida em que se deseja avançar na compreensão da complexa rede de variáveis relacionadas ao adoecimento em cárcere. De acordo com Minayo; Assis; Souza (2005, p. 71), a abordagem qualitativa:

[...] propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essências e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

Dentre os verbos cruciais que fundamentam a análise qualitativa, destaca-se “compreender”. Para compreender, importa-se a subjetividade do indivíduo porque esta é uma manifestação do viver total. Soma-se ainda com o entendimento que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura de um grupo que se insere (MINAYO, 2012).

A autora supracitada conclui que o percurso analítico e sistemático da pesquisa qualitativa tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Logo, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento.

Os dados desse tipo de pesquisa requerem o entendimento profundo de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social. Nesse sentido, o estudo buscou analisar as percepções e subjetividades das pessoas privadas de liberdade, que estiveram doentes de tuberculose, na prisão.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário da investigação é composto pelas penitenciárias masculinas do município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. O município de João Pessoa possui oito unidades prisionais, destas sete voltadas ao público masculino e um ao feminino respectivamente: Penitenciária Máxima Desembargador Floscolo da Nóbrega - ROGER, Presídio Desembargador Silvio Porto, Penitenciária Criminalista Geraldo Beltrão, Instituto Psiquiátrico Forense (Manicômio Judiciário), Penitenciária Juiz Hitler Cantalice - MÉDIA, Penitenciárias PB1 e PB2, Presídio Esp. Desembargador Francisco Espinola e Instituto Recuperação Feminina Maria Julia Maranhão.

Dentre os presídios masculinos acima citados, a pesquisa foi realizada em 03 unidades penitenciárias (Presídio Desembargador Penal Silvio Porto, ROGER e a MÉDIA). O Manicômio Judiciário não foi investigado porque nesta unidade prisional, em especial, acomodam apenados com comprometimentos psíquicos associados a delitos, o que poderia interferir na fidelidade da informação, que necessita de colaboradores conscientes e orientados, em tempo e espaço, para o estudo em questão. Optou-se não investigar nas Penitenciárias PB1 e PB2 devido sua localização ser considerada área de risco e por comportar PPL que cometeram crimes seriamente graves, ou seja, considerados hediondos. Os demais presídios não foram visitados porque os sujeitos da pesquisa haviam sido transferidos para penitenciárias, as quais já tinham sido investigadas pelas pesquisadoras e realizada a coleta de informação.

Os referidos ambientes investigados, exceto a unidade penitenciária MÉDIA, possuem em equipe multiprofissional que trabalha apenas um turno do dia, no cumprimento da carga horária 20 horas semanais, ou seja, 04 horas por dia. Porém, nem todas as penitenciárias possuem profissionais de saúde que trabalham regulamente, ou seja, com dias e horários estabelecidos, o que ocasiona transferência do apenado doente de TB ou de outra patologia para estas supracitadas. Muitas vezes, o diagnóstico da TB é realizado em instituição de saúde de atenção de alto nível tecnológico, como o Complexo Hospitalar Clementino Fraga. O controle da TB é fragilizado porque não há busca de sintomáticos respiratórios devido às relações entre profissionais e apenados serem deficientes, pois, para muitos o ambiente penitenciário é hostil.

3.3 TÉCNICA DE CONSTRUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Na construção do material empírico utilizou-se a técnica da história oral como recurso metodológico desta pesquisa, definida por Bom Meihy (2011) como uma prática que

priorizam as entrevistas como atenção imprescindível dos estudos, no zelo de centralizar os testemunhos como ponto fundamental e básico das análises. Explicando melhor, a história oral como metodologia implica elaborar entrevistas como um epicentro da pesquisa, isso parte desde o estabelecimento do projeto, dos critérios de escolha, seu processamento, o percurso do oral para o escrito e por fim, resultados analíticos.

Conforme Bom Meihy (2011, p.18), a história oral define-se como “prática de apreensão de narrativas feita através do uso de meios eletrônicos e destinada a: recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato”. Além do mais, conceitua-se também como um processo de entrevistas inscritas no “tempo presente”, que deve ter um retorno de utilidade prática, social e imediata.

Há três gêneros diferentes de história oral: história oral de vida, história oral temática e tradição oral. O estudo utilizou-se o gênero de vida. Esta se diferencia das demais por ser independente de suportes probatórios, ou seja, as incertezas, descartabilidade da referência exata, garantem às narrativas decorrentes da memória um corpo original e diverso dos documentos concencionais da história. Ela mergulha em construções narrativas, além dos fatos, pois admite a fantasia, delírios, silêncios, omissões e distorções. As histórias de vida, decorrentes de narrativas, dependem da memória, dos ajeites, contornos, derivações, imprecisões e até as contradições naturais da fala (BOM MEIHY, 2011).

Para realização da história oral, necessário o cumprimento de cinco momentos: elaboração do projeto; gravação; estabelecimento do documento escrito e sua seriação, eventual análise, arquivamento e devolução social (BOM MEIHY, 2011).

A coleta das informações foi feita mediante a técnica da entrevista semiestruturada, a qual é composta duas partes: a objetiva (o perfil do colaborador) e subjetiva (questões). Para a realização das entrevistas, de início solicitou-se a autorização do diretor da unidade prisional inserida no cenário do estudo, explicando a importância da pesquisa. Dada a autorização, procurou-se um local adequado para realização das entrevistas. Os detentos vinham um de cada vez, adentravam no ambiente onde encontrava as pesquisadoras que davam esclarecimentos sobre o estudo e, após o aceite de participação da pesquisa, os colaboradores eram entrevistados.

A depender da conduta do apenado, este era trazido algemado ou não. O ambiente das entrevistas variou de presídio para presídio: parlatório (mesmo espaço que o advogado de defesa utiliza para dialogar com os apenados), sala de atendimento odontológico e área de identificação pessoal na recepção. No momento da entrevista utilizou-se um aparelho de

gravação portátil (MP5) e as pesquisadoras ficavam a sós com o apenado, a fim de mantê-lo à vontade durante a entrevista.

De acordo com procedimentos seqüenciais da referida metodologia da pesquisa, foram feitas a entrevista, transcrição do material gravado, textualização, transcrição, conferência e autorização do material para uso e publicação:

1. A entrevista

De acordo com Bom Meihy (2011) a entrevista em história oral, também denominada documentação oral, quando apreendida por meio de gravações e com finalidade de registro torna-se fonte oral. No processo de entrevista é permeado por três etapas: a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista.

A pré-entrevista representou o primeiro contato entre a pesquisadora e o colaborador da pesquisa. Nesse momento, os colaboradores foram informados sobre o motivo do encontro, o objetivo e finalidade da pesquisa, bem como esclarecidos sobre seu modo de participação no estudo.

Os documentos orais foram gravados, utilizando-se gravador portátil e aparelho MP4, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas com utilização de roteiro de perguntas (APÊNDICE B) e realizadas nas unidades prisionais, as quais os colaboradores estavam cumprindo a pena. Foram feitas durante o período de dezembro (2011) a janeiro de 2012.

Na pós-entrevista, os colaboradores foram esclarecidos das etapas posteriores da pesquisa referentes à produção da história oral.

2. A transcrição do material gravado

Após exaustivas escutas atenciosas do material gravado, as narrativas foram transcritos na íntegra, a fim de se cumprir o processo do oral para o escrito.

3. A textualização

Nessa fase, a entrevista já transcrita recebeu reparos ortográficos e de concordância. Foi observada as palavras importantes e expressões fortes das histórias, para possibilitar a escolha do tom vital, que corresponde à frase que “serve como guia para a leitura da entrevista, pois representa uma síntese da moral da narrativa.

4. A transcrição

Nessa etapa, o texto é recriado em sua plenitude e o material produzido compõe o texto final para a apresentação pública.

5. A conferência do material e obtenção da autorização para uso e publicação

A devolução social é referente ao compromisso comunitário requerido pela história oral, que deve prever o retorno ao grupo que a fez gerar (BOM MEIHY, 2011).

Anteriormente à leitura do texto para a conferência do material, os colaboradores foram informados sobre a possibilidade de o texto ser refeito, conforme alterações propostas pelos mesmos. Nessa fase, os colaboradores receberam, junto ao material, uma carta de cessão (Apêndice C), documento que autoriza o uso da entrevista, de parte dela e/ou da gravação e do resultado escrito.

3.4 COLABORADORES DO ESTUDO

Bom Meihy (2011) aborda três definições relacionadas às conceituações dos colaboradores do estudo: comunidade de destino, colônia e rede. A primeira se forma a partir de uma postura comum, de um passado filtrado pelo trauma coletivo, este último é sinal da insistência de aspectos traumáticos comportamentos registrados na memória. A colônia diz respeito a parcela de pessoas de uma mesma comunidade de destino, ou seja, é a primeira divisão de um bloco grande (o todo, a comunidade de destino), no intuito de possibilitar o entendimento do todo pretendido. A rede, por sua vez, é uma subdivisão da colônia, portanto a menor parcela da comunidade de destino.

No intuito de contemplar os critérios de inclusão, os colaboradores da pesquisa são compostos por 07 pessoas privadas de liberdade conscientes e orientadas, em tempo e espaço, do sexo masculino, com história de tuberculose, notificados no ano de 2011, inseridas no sistema penitenciário masculino do município de João Pessoa-PB e que já haviam concluído o tratamento para TB há 06 meses antes do período da coleta de dados.

De um total de 25 apenados diagnosticado com TB no início do ano de 2011, limitou-se a 07 colaboradores porque dois detentos haviam abandonado o tratamento, 07 estavam pagando sua pena nos presídios que acomodam apenados considerados de altíssima periculosidade, algo que durante a pesquisa optou-se não ir e 09 ainda estavam em tratamento. O perfil dos entrevistados deste estudo encontra-se evidenciado no quadro abaixo:

QUADRO1: Perfil dos colaboradores

IDADE	24 a 40 anos
ESCOLARIDADE	Quatro com ensino fundamental incompleto e três sem escolaridade
ESTADO CIVIL	Seis solteiros e um casado
MORADIA	Todos possuem casa própria de alvenaria
RENDA FAMILIAR MÉDIA	Três não possui renda, um possui uma média de R\$450,00 reais, um com um salário mínimo e dois com renda de R\$ 3.000 reais.

Fonte: Própria autora

Para apresentação das narrativas e anonimato das pessoas pesquisadas, optou-se por nomes que convocam o alheio, que são pertencentes ao linguajar de muitos apenados, de pessoas em situação de rua, na comunicação de pessoas que moram em lugares urbanos e periféricos. Feita observação, consulta de gírias e linguagem de ex-presidiários, clientes de um serviço de saúde, na qual a pesquisadora presta serviço e cuidado. Logo, para garantir o sigilo, os colaboradores do estudo receberam as seguintes codificações: MANO, PARCEIRO, MORAL, BROTHER, BOY, FIGURA E MALUCO.

3.5 ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Para análise das informações adquiridas utilizou-se a técnica de Análise de Discurso (AD), na qual refere-se como seu próprio nome indica, ao discurso, na procura da compreensão da língua constituindo um sentido mediante a análise transversal do tripé (Linguística, Marxismo e a Psicanálise). Conforme Orlandi (2009, p.63), “a melhor maneira de atender à questão da constituição do corpus é construir montagens discursivas que obedeçam critérios que decorrem de princípios teóricos da análise de discurso”.

Entende-se como discurso algo para além do esquema elementar de comunicação (emissor, receptor, código, referente e mensagem), pois não se trata apenas de transmissão e recepção de informações, pois não há a separação entre emissor e receptor, nem atuam em sequência onde um primeiro fala e depois o outro codifica. O discurso é o efeito de sentidos entre locutores (ORLANDI, 2009).

Os estudos discursivos almejam pensar o sentido dimensionado no tempo e espaço das práticas do homem, descentralizando a noção de sujeito e relativizando a autonomia do objeto da linguística, ou seja, o discurso. A AD considera que a linguagem, não é transparente, configura-se como elo entre homem, realidade natural e social (ORLANDI, 2009).

Conforme Orlandi (2009), os dispositivos da interpretação caracterizam-se em colocar o dito em relação ao não dito, ou melhor, o que o sujeito diz em um lugar com o que é dito em outro lugar. A AD não busca o sentido “verdadeiro”, mas o real do sentido em sua materialidade linguística e histórica, pois a própria língua funciona ideologicamente, tendo sua materialidade em jogo.

A prudente utilização da análise do discurso neste estudo é advinda da possibilidade desta técnica poder revelar tanto a visão de mundo, quanto o posicionamento das PPL, que tiveram experiência de estar doente de tuberculose no sistema prisional, em relação às ações de controle da tuberculose.

No mergulho analítico das narrativas dos colaboradores do estudo, foram produzidos três blocos discursivos: (1) *Experiência como doente TB em situação de privação de liberdade*; (2) *Acesso e acessibilidade das pessoas privadas de liberdade ao diagnóstico e tratamento para tuberculose*; (3) *Educação em saúde no controle da tuberculose do sistema prisional*.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

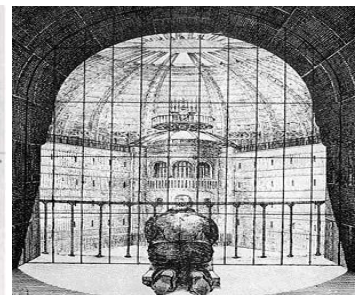
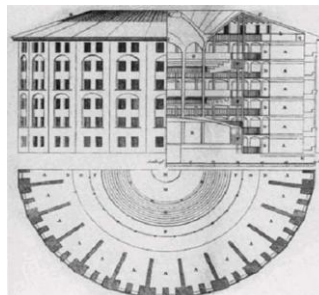
Para o desenvolvimento deste estudo, foram respeitadas e atendidas as orientações éticas e legais envolvendo seres humanos inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), como também as responsabilidades e deveres contidos no capítulo III da Resolução COFEN 311/2007 contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).

O projeto de pesquisa deste estudo recebeu aprovação no dia 26 de abril do ano de 2011, com número de protocolo 274-B/11, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP/HULW) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Todos os participantes da investigação receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando a sua participação voluntária, esclarecido sobre o objetivo da pesquisa e garantia do sigilo de sua pessoa, além de comunicado o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer prejuízo. Para a publicação do material coletado foi solicitado o consentimento escrito dos mesmos, mediante uma carta de concessão (APÊNDICE C).

*Desculpa mãe por te impedir de sorrir
Desculpa mãe por tantas noites em claro triste sem dormir
Desculpa mãe pra te pedir perdão infelizmente é tarde
Desculpa mãe só restou a lágrima e a dor da saudade
Quantas vezes no presídio me visitou
No domingo, bolacha, cigarro nunca faltou
Vinha de madrugada, sacola pesada
Pra ser revistada pelos porcos na entrada
Rebelião, você no portão, temendo minha morte
Sendo pisoteada pelos cavalos do choque
Eu prometi que dessa vez tomava jeito
Tô regenerado, ouvi seus conselhos
Uma semana depois, eu na cocaína
Cala a boca velha, sai da minha vida
Eu vou cheirar, roubar, seqüestrar
Não atravessa meu caminho, se não vou te matar
Sai pra enquadrar o mercado da esquina
Troquei com o segurança, tomei um na barriga
A Polícia me perseguindo, eu quase pra morrer
Só tua porta se abriu pra eu me esconder
(Facção Central – Desculpa mãe).*

4. REVELANDO HISTÓRIAS DE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE COM TUBERCULOSE NA PRISÃO



COLABORADOR 01
(MANO)

Mano, sexo masculino, 38 anos, solteiro, sem escolaridade, privado de liberdade em regime fechado. Antes de adentrar no regime prisional, residia em casa própria de alvenaria, sem renda familiar, com luz elétrica, água encanada, sistema de esgoto, pouca ventilação, geladeira, televisão, rádio e sem telefone.

No período que estava doente, dividia a cela com mais dois apenados. Não possuía outra doença, além da tuberculose e sem hábitos associados. O tratamento para esta doença foi auto-administrado, com acompanhamento da médica do presídio.

A pré-entrevista foi realizada na própria unidade prisional que se encontrava. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e modo de participação do apenado, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi realizada no mesmo dia e não necessitou de agendamentos. Ocorreu no corredor da recepção da unidade prisional, na qual estava presente somente a pesquisadora e o entrevistado, que estava algemado. Mano demonstrou cooperação e tranquilidade. Expressou-se de forma explicativa.

[...] Aqui no presídio se devia ter mais cuidado com o contágio desta doença entre as pessoas, mas esse privilégio de ser cuidado é pouco.

A minha experiência como doente de tuberculose na prisão não é muito boa. Aqui no presídio quando a pessoa vive em um ambiente com contato com muitos sobreviventes, dentro do convívio com outros apenados, às vezes alguém tem a doença e através de um passa para outro, pois adquire também quando respira o mesmo ar e isso é muito perigoso. Aqui se devia ter mais cuidado com o contágio desta doença entre as pessoas, mas esse privilégio de ser cuidado é pouco.

Eu peguei esta doença de companheiro também, comendo da mesma colher, bebendo às vezes no mesmo copo, do convívio também porque às vezes pega no ar. Eu descobri que estava com tuberculose porque já tinha um companheiro que tinha esta mesma doença e eu estava sentindo os mesmos sintomas. Eu procurei a direção do presídio atrás de atendimento. E foi no exame que eu confirmei que era tuberculose mesmo.

Do tratamento eu não tenho o que falar muito, nada contra, porque fui bem tratado, recebi os medicamentos e deu tudo certo. Graças a Deus, eu fiquei bom, deu pelo menos para remediar e ficou mais legal. Mas com relação ao atendimento e para a pessoa ir ao hospital,

demorou muito para eu ser consultado, pois eu passei muito tempo para ser atendido e durante esse tempo a pessoa fica sofrendo.

O relacionamento com outros apenados que dividi a cela, no período que eu estava com tuberculose, não foi muito bom porque nós detentos não queremos estar perto da pessoa doente com TB porque pode pegar. A pessoa fica mais isolada, morando sozinho na cela ou com outro companheiro. As vezes o companheiro doente tira o sono do outro com a tosse, acordando-o várias vezes durante a noite e isso não é um negócio bom.

Das informações que recebi dos profissionais de saúde foi sobre fazer o tratamento certo, tomar os medicamentos todos os dias para não ter complicações no tratamento. E sobre os encaminhamentos dados a outros serviços de saúde, me levaram para outro hospital, depois que fiz os exames, após ter chegado ao hospital, o médico solicitou que eu ficasse internado, mas não deixaram ficar interno porque não tinha canto para eu ficar. Aí disseram que era para eu retornar com 05 dias, mas não me levaram para o hospital, então fiquei me tratando por aqui mesmo no presídio.

COLABORADOR 02 (BOY)

Boy, do sexo masculino, 40 anos de idade, solteiro, com ensino fundamental incompleto, privado de liberdade em regime fechado. Antes de adentrar no regime prisional, residia em casa própria de alvenaria, sem renda familiar, com luz elétrica, água encanada, sistema de esgoto, com boa ventilação, geladeira, televisão, rádio; não possuía telefone.

Antes da descoberta da doença, dividia a cela com em torno de 80 apenados. Com o diagnóstico da tuberculose, passou a estar em uma cela individual. Foi tabagista, não possuía outra doença, além da tuberculose. Fez tratamento auto-administrado, sob orientação do presídio.

A pré-entrevista foi realizada na própria unidade prisional que Boy se encontrava. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e modo de participação do apenado, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi realizada no mesmo dia e não necessitou de agendamentos, no corredor da recepção da unidade prisional. Boy, algemado, demonstrou firmeza no que lograva a respeito de sua experiência como doente de TB na prisão e expressou-se de forma tranquila e argumentativa.

[...] Tem muita dificuldade para você se deslocar do presídio ao hospital, pois não é toda hora que eles, os agentes penitenciários, querem nos levar [...]

Minha experiência como doente de tuberculose na prisão é muito ruim, pois a pessoa além de estar sem contato com outras pessoas, privada de liberdade, com uma doença contagiosa, que mata, porque se a pessoa não se tratar chega até a morrer. Porque até mesmo ela pode ser adquirida pelo ar. É bastante ruim! Aqui no presídio eu corri atrás e consegui fazer o tratamento, fui para o Clementino Fraga. E lá no hospital, fui detectado que eu estava com tuberculose e fiz o tratamento correto. Até se a pessoa fizer o tratamento, não tomar a medicação certa, a doença pode retornar. E no meu caso, já foi a recidiva dela. Eu tive TB a primeira e depois de quase quatro anos ela retornou. Aí eu terminei o tratamento. Foi horrível adoecer na prisão, é ruim demais!

Eu descobri que tinha esta doença quando comecei a tossir bastante, escarrar, tive muita febre, não comia e outros fatores também. Era uma tosse seca que não parava e escarrava aquele catarro amarelo. Não teve jeito, eu falei com um agente penitenciário, aí eles me levaram até a médica e depois ao Clementino Fraga. Lá no hospital bateram o raio X, foi feito o exame de escarro. Através disso, foi detectada a doença. Achei que deveria procurar o médico para saber o que era. Aí, quando eu fiz o exame, constatou-se que eu era doente de tuberculose.

Acredito que adquiri essa doença através de fumar com outras pessoas em ambiente abafado e com muitos apenados juntos. Aí fica mais fácil a doença se procriar neste meio. Tem pessoa que tem essa doença, mas não sabe que tem. Não vai a procura tratamento, aí não descobre.

O tratamento que recebi aqui na prisão é adequado. Eles, trabalhadores do presídio, levam a gente para o hospital e, fazendo o tratamento correto, chega a adquirir a cura. Mesmo estando nesse lugar, os profissionais da saúde daqui correram atrás da medicação, esta veio e consegui fazer o tratamento. Hoje eu fiquei curado, graças a Deus. Tenho fé em Deus de não adoecer novamente porque é ruim.

Doente eu dividi a cela no período que eu estava com tuberculose, realmente foi difícil porque quase ninguém quer ficar perto. Eles ficam afastados e você tem que separar todo o material, o garfo, a colher e o copo, que você usa para ninguém pegar porque se não, eles podem adquirir também. A dificuldade é mais nesse aspecto porque deixa a pessoa mais afastada, a gente não pode ficar próximo das outras pessoas. As pessoas ficam com receio de estar perto, de adquirir a doença também.

O problema que eu vejo quando você adocece no presídio é que tem muita dificuldade para você se deslocar do presídio ao hospital, pois não é toda hora que eles, os agentes penitenciários, querem nos levar. As vezes a gente tem mais dificuldade de tratar a doença por causa disso. A dificuldade que tive que enfrentar para tratar a tuberculose existia no local que a gente se encontra. A alimentação do presídio não é boa. Aí a pessoa que não se alimenta bem, desenvolve fraqueza e fica tonto. Mas mesmo assim, eu consegui fazer com que as médicas dessem umas vitaminas e deu para me recuperar. A alimentação da gente não é a correta para quem está doente. Foi difícil, mas Deus ajudou também. Com dificuldade e tudo deu para fazer o tratamento.

Os profissionais de saúde passaram a informação para que eu fizesse o tratamento correto porque o retorno da doença é pior do que quando vem pela primeira vez. Você tem que fazer o tratamento direito e tomar os medicamentos direito, se alimentar bem e não fumar mais, evitar pegar chuva, sereno porque isso causa também resfriado e através deste pode pegar a doença novamente e evitar até estar entre as outras pessoas também para que elas não peguem a doença. E não usar droga e fizesse o tratamento correto para ela não dar retorno.

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

E quando precisei de encaminhamentos para outros serviços de saúde, eles solicitavam uma viatura e levavam até o Clementino Fraga, que é um hospital preparado para tratamento da tuberculose. Aí eu fui tratado lá, duas vezes que eu fui, foi no Clementino Fraga.

Sobre os encaminhamentos dados para outros serviços de saúde, eu passei quase três meses para encontrar uma vaga no hospital. Perdi peso. Aí quando eu fui chegando ao Clementino constataram a doença, mas não havia o encaminhamento para o hospital, para eu ficar internado. Eu passei dezessete dias internado e tomei soro para recuperar peso. Depois que eu fui encaminhado para o hospital e resolvido o problema. Mas antes foi difícil, até porque falta viatura, falta isso, falta aquilo...

**COLABORADOR 03
(FIGURA)**

Figura, do sexo masculino, 28 anos de idade, solteiro, sem escolaridade, privado de liberdade em regime fechado. Antes de adentrar no regime prisional, ganhando um salário mínimo, residia em casa própria de alvenaria, com luz elétrica, água encanada, sem sistema de esgoto, com boa ventilação, geladeira, televisão, rádio e não possuía telefone.

Dividia no momento da entrevista, cela com 04 apenados. Refere hábitos associados como tabagismo, foi etilista e usuário de crack. Além de ser acometido por tuberculose, é portador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O tratamento para TB foi auto-administrado, com acompanhamento pela enfermeira da instituição prisional.

A pré-entrevista foi realizada na própria unidade prisional que se encontrava. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e modo de participação do apenado, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi realizada no mesmo dia e não necessitou de agendamentos. Ocorreu no parlatório da unidade prisional, na qual estavam presente somente a pesquisadora e o entrevistado. Figura demonstrou apreensão pela novidade em ser entrevistado, estava biologicamente fragilizado, expressou-se de forma lacônica.

[...] Eu peguei tuberculose fumando demais, pois peguei logo e não sabia o que eu tinha.

[...] Mas no presídio não fica bom porque um dia pode voltar de novo.

Eu não sabia que estava doente de tuberculose. Descobri que tinha esta doença quando eu resolvi falar com a enfermeira. Tudo que eu comia, vomitava.

Eu acredito que eu peguei tuberculose fumando demais, pois peguei logo e não sabia o que eu tinha. Fumava muito aí eu dei uma paradinha de tanto que eu fumava em casa, eu fingia voltar de novo ao hábito de fumar, mas é arriscado pegar tuberculose de novo porque eu posso deixar de fumar.

Sobre o tratamento recebido na prisão, todo mês vem o remédio, vem o meu comprimido que a enfermeira me passava. A dificuldade que tive de enfrentar para tratar a tuberculose, a pior foi o tratamento, pois ainda estou tomando os comprimidos. Mas no momento, não estou tendo dificuldades. As informações que recebi dos profissionais de saúde sobre a tuberculose foi o tratamento porque eu queria saber o que eu tinha, se na unidade fazia um tratamento dela para ficar bom. Mas no presídio não fica bom porque um dia pode voltar de novo.

Os encaminhamentos dados para outros serviços de saúde, quando não tinha, eu procurava atendimento na enfermaria conversava com a doutora, ela fazia um papel para encaminhar ao hospital, aí eu era internado.

A minha relação com outras pessoas que dividi a cela no período em que eu estava doente era normal, seja com um estuprador, um apenado normal, nunca ninguém disse nada ou sabia de nada do que eu tinha e nem os que já pegaram tuberculose talvez sabem.

COLABORADOR 04 **(PARCEIRO)**

Parceiro, do sexo masculino, 24 anos de idade, casado, com ensino fundamental incompleto, privado de liberdade em regime semiaberto. Antes de adentrar no regime prisional, não tinha renda, residia em casa própria de alvenaria, com luz elétrica, água encanada, sem sistema de esgoto, pouca boa ventilação, geladeira, televisão, rádio e sem telefone.

Antes de ser diagnosticado com tuberculose dividia a cela com 13 pessoas. Possui hábitos associados como tabagismo, etilismo e se diz ser usuário de cannabis sativa. Não possuía outra doença além da tuberculose. O tratamento da TB foi auto-administrado, com acompanhamento pela enfermeira do presídio.

A pré-entrevista foi realizada na própria unidade prisional que se encontrava o apenado. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e modo de participação do apenado, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi agendada e, quando realizada na área externa, ao ar livre, próximo ao pavilhão que estava preso, na qual estava presente somente a pesquisadora e o entrevistado, que estava sem algemas. Parceiro demonstrou tranquilidade em falar e expressou-se de forma participativa, mostrou-se ansioso para conversar com a pesquisadora.

Ter tuberculose no presídio é muito ruim, porque a gente não tem o apoio de ninguém [...]

Ter tuberculose aqui no presídio é muito ruim, porque a gente não tem o apoio de ninguém, só conta com o diretor mesmo. Eu queria agradecer muito a Deus que já melhorei dessa doença. Devagarzinho, mas está indo a melhora.

A tuberculose é uma doença muito ruim, ninguém ajuda ninguém. Até os companheiros ficam meio temerosos, tem que tomar água no copo separado. A pessoa fica

meio com raiva, se sente magoado pelo fato de estar doente e ninguém pode fazer nada pela pessoa.

Eu descobri através que tinha essa doença porque eu fumava muito pacaia, cansado, tossindo direto, escarrando sangue, aí o cara foi e me chamou para fazer uns exames, teste rápido. Foi aí que eu fiquei sabendo, através dessa enfermeira lá mesmo do presídio. Eu peguei tuberculose fumando demais cigarro pacaia (fumo), me drogando também. Mas hoje em dia eu estou curado, graças a Deus!

O tratamento recebido para tuberculose na prisão iniciou com um teste rápido, foi bastante estressante e fiquei cabeça quente também. Hoje dia estou melhor e agradeço a Deus, primeiramente ao diretor que também me ajudou.

O pessoal da saúde que trabalha presídio disse que era para não fumar e sempre tomar o medicamento direitinho. E assim vai seguindo devagarzinho. Eu fiz tudo direitinho, o que me ajudou também. As informações recebidas sobre a tuberculose foi que não era mais para fumar, tomar o remédio certo tudinho na hora, não fazer extravagância, não ficar perto de quem fuma. Tratamento excelente, com o apoio da direção também, estou melhor graças a Deus.

Nas dificuldades que tive que enfrentar para tratar a TB, eu sofri bastante com os companheiros dentro da cela me xingando e dizendo que eu não ia ficar bom, sempre me criticando. Porque quando sabe que um apenado está doente tem que ficar distante. Eu não ficava perto porque disseram que pega fácil, até no vento. Era um negócio muito ruim. Ninguém chegava para conversar comigo. Os amigos se afastavam e só queriam tomar água em copo separado. Também ninguém me dava atenção não.

Quando precisei ser encaminhado, é um negócio muito ruim, quando tem um apenado doente lá, aí não podia levar para nenhum canto, disseram que estava faltando escolta, mas o Major deu um apoio lá, levaram nós tudinho para o hospital e nós estamos bom graças a Deus, primeiramente Deus, segundo o Major.

COLABORADOR 05

(MORAL)

Moral, do sexo masculino, 25 anos de idade, solteiro, com ensino fundamental incompleto, privado de liberdade em regime fechado. Antes de adentrar no regime prisional, residia em casa própria de alvenaria, relatou que possuía renda familiar de R\$ 3000 reais, com

luz elétrica, água encanada, sistema de esgoto, com boa ventilação, geladeira, televisão, rádio e telefone.

No período que estava com tuberculose dividiu cela com 01 apenado. Possui hábitos associados como tabagismo, foi etilista e é usuário de cannabis sativa, crack, cocaína e artânio. Não estava com outra doença, além da tuberculose. O tratamento para a TB foi auto-administrado, sem acompanhamento profissional.

A pré-entrevista foi realizada na própria unidade prisional que se encontrava. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e modo de participação do apenado, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi realizada no mesmo dia e não necessitou de agendamentos. A entrevista foi feita no parlatório da unidade prisional, na qual estavam presente somente a pesquisadora e o entrevistado, que estava sem algemas. Moral demonstrou indisposto e desanimado para falar e expressou-se laconicamente.

O tratamento recebido para a tuberculose na prisão não serve direito, somente eles entregam o remédio.

A minha experiência como doente de tuberculose na prisão foi normal. Eu descobri que estava com a doença quando me levaram uma vez para fazer os exames no hospital. Eu peguei tuberculose através de drogas, quando eu fumava um baseado (cannabis), muitas drogas e muita fumaça no pavilhão. Da primeira vez que eu estive doente, fui direto para o hospital.

O tratamento recebido para a tuberculose na prisão não serve direito, somente eles entregam o remédio. As dificuldades que tive para se tratar foram que toda vez, o tempo inteiro, com relação à entrega da medicação, pois na segunda vez veio o remédio. Na terceira vez não estava vindo o remédio, de vez em quando que eu consigo o remédio.

Sobre as informações que eu recebi dos profissionais de saúde, assim, a doutora disse que eu parasse de fumar, não se drogar, tomar o remédio direito e pronto, só isso. Com relação ao encaminhamento para outro serviço de saúde, da vez que fiquei doente fui direito para o hospital e fiquei internado no Clementino Fraga.

Na relação com outras pessoas que dividi a cela quando estava com tuberculose, os outros ficavam mais individuais e distantes. Eu estava morando sozinho na cela e agora estou morando com um rapaz. Então era uma relação normal, uns ficam meio assim diferentes e outros já não ligam.

COLABORADOR 06

(MALUCO)

Maluco, do sexo masculino, 32 anos de idade, solteiro, com ensino fundamental incompleto, privado de liberdade em regime fechado. Antes de adentrar no regime prisional, residia em casa própria de alvenaria, com renda familiar de R\$ 3000 reais, com luz elétrica, água encanada, sistema de esgoto, com boa ventilação, geladeira, televisão, rádio e telefone.

No período que estava com tuberculose dividiu cela com 06 apenados. Possui hábitos associados como tabagismo, foi etilista e é usuário de cannabis sativa e crack. Não estava com outra doença, além da tuberculose. O tratamento para esta doença foi supervisionado, com acompanhamento do agente de saúde.

A pré-entrevista foi realizada na própria unidade prisional que se encontrava. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e modo de participação do apenado, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi realizada no mesmo dia e não necessitou de agendamentos. Ocorreu no parlatório da unidade prisional, na qual estava presente somente a pesquisadora e o entrevistado, que estava sem algemas. Maluco demonstrou desinibido em falar e expressou-se de forma crítica.

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

Na prisão, a experiência como doente de tuberculose é ruim mesmo. Você tem dor nos ossos, não anda, tem que pedir ajuda a um companheiro para ir ao banheiro, tomar um banho, fazer as necessidades também e para comer é ruim. A garganta inflama e não desce direito nem a saliva e quando desce dói, como se fosse uma espinha atravessada na sua garganta. Eu sei que ruim mesmo! A pessoa fica só o couro e o ossos mesmo, a pele ruim também e os olhos ardendo e queimando, a cabeça doendo direto. Você fica fraco mesmo! Pensa que é a beira da morte mesmo. Não são todos que tem paciência. Só quem sabe é, quem passa. Mas eu achava que ia morrer porque é ruim mesmo, já é duas vezes que pego esta doença. Quem tem esse tipo de doença pode orar mesmo, só Deus mesmo! Segundo vocês que trabalham, cuidam da gente com carinho, dá alimentação, medicamento, se não for isso a tuberculose mata. É rápida. A cada dia a doença vai mexendo com você, vai comendo. E cada dia você fica mais fraco. Nem abrir os olhos direito você consegue abrir. Você vai se

acabando e tem uma hora que você não tem vontade de nada. Para comer é horrível! Eu só tomava um caldo de miojo, só o caldo! Eu não conseguia nem tomar um copo d'água. Tinham que colocar na minha boca para eu poder ficar mais em pé. Mas é isso aí... a tuberculose é uma doença triste mesmo.

Na minha opinião, acho que peguei tuberculose porque usei muita droga. Eu vivia fumando até não aguentar mais. Diziam para eu tomar um banho e tirar o suor. Foi o crack! Crack demais! Descobri que estava com a TB devido as drogas porque eu passei onze dias fumando crack sem parar. Imagine você 11 dias queimando crack! Queimei 400 gramas de crack sozinho. É brincadeira?! Eu conheci o crack na cadeia. Foi quando eu comecei a destruir eu mesmo. Eu usei primeiro o pó, a cocaína; depois que conheci o crack aqui no presídio, passei a fumar 250 gramas, onze dias sem parar, não comia nada. Só tomava água, fechava os olhos e fumava de novo. Abria, eu já ia naquele estado, só sei que comecei a pegar por aí, o crack, cocaína, a maconha, o cigarro. Comecei fumando crack aí puxando para o cigarro, muita nicotina e alcatrão na fumava e aí um cigarrinho de maconha puxava o outro. Assim, não tem pulmão que agüente. A primeira vez que tive foi em um presídio, a segunda já em outro presídio, esta me derrubou.

O tratamento recebido para tuberculose na prisão para lhe falar a verdade, não é esse tratamento todo não, eu não sei nem como lhe falar. O que tinha era remédio para dor de cabeça e para tosse, ainda tomo um pouco. Era um mês no portão esperando para me tratar, você sabe como é que é não é? E eu naquele estado, você sabe como fica, magro só o osso. Só sei que o tratamento aqui não é o adequado.

As dificuldades para tratar a tuberculose foi uma mola porque você precisa de tanto medicamento e, às vezes, os que eles mandavam não servia. As vezes eu ficava desesperado tomava logo um bocado, com medo de perder minha vida, eu tomava tudinho. Você espera muito para chegar o certo, fica até magricelo porque não come direito. Você fica olhando esse portão aí do presídio e aqui dentro você tem que ser forte, viu? Se não for, você morre mesmo.

Aqui no presídio, na verdade, só tinha eu com tuberculose. Os outros companheiros de cela olhavam para mim, não sei se era com pena, não sei o que era, mas eu acho que era mais com medo de pegar, constrangido de aquela doença. Mas eles pegavam um banquinho para eu comer, ninguém me carregava não, era eu mesmo lá com tuberculose! Acho que não era todo mundo que ficava muito perto de mim. Só se desse valor e credibilidade mesmo a pessoa. Dava um banhinho, um comer, uma roupa, lavava uma roupa, fazia uma faxina que é obrigação de ladrão mesmo. Eu não ia fazer essas coisas, mas só era meu mesmo que tinha

no pavilhão [...] e outras doenças. Alí mesmo tem um rapaz que está com umas 04 letras (AIDS), ele não era para estar aqui. De vez em quando dá um ataque nele, não era para eu estar aqui. Tinha outro com epilepsia que de vez em quando dava um ataque nele, epilepsia com HIV. Não é muito bom estar em um lugar desse não.

As informações que recebi dos profissionais de saúde sobre a tuberculose, era para me cuidar mais, não fumar, não usar drogas, não estar em cantos assim com poeira, água suja, disseram um bocado de negócios para eu evitar, principalmente o cigarro. Estou tentando deixar de fumar aos poucos, não é assim não o cigarro, aqui eu tenho mais cuidado com o cigarro.

Quando o serviço de saúde do presídio não tinha condições de atender, aí a gente ia tudo paro hospital, lá paro o H.U. O carro levava por Mangabeira nessa entradinha aqui e saía. As vezes eu ia para o hospital, mas não dava certo para se internar. Era uma dificuldade para mim! A gente chegava lá que era só a graça mesmo. Da última vez, vinham quatro ou seis presidiários de uma só vez. Mas conseguimos. Se for para esperar dos agentes penitenciários, não recebia nada não, eles deixam morrer, essa é a realidade!

COLABORADOR 07

(BROTHER)

Brother, do sexo masculino, 30 anos de idade, solteiro, sem escolaridade, privado de liberdade em regime fechado. Antes de adentrar no regime prisional, residia em casa própria de alvenaria, com renda familiar de R\$ 400 a 500 reais, com luz elétrica, água encanada, sem sistema de esgoto, com pouca ventilação, geladeira, televisão, rádio e telefone.

No período que estava com tuberculose dividiu cela com 04 apenados. Antes do diagnóstico de doença, dividia a cela com 90 detentos. Possui hábitos associados como tabagismo e quando menor era usuário de cannabis sativa. Além da tuberculose, estava acometido por HIV. O tratamento da TB foi auto-administrado, com acompanhamento da enfermeira e médica.

A pré-entrevista foi realizada na própria unidade prisional que se encontrava. A pesquisadora explicou os objetivos do estudo e modo de participação do apenado, convidando-o a colaborar com a investigação. A entrevista foi realizada no mesmo dia e não necessitou de agendamentos. Ocorreu no parlatório da unidade prisional, na qual estava presente somente a pesquisadora e o entrevistado, que estava sem algemas. Brother demonstrou-se desinibido em falar e expressou-se de forma crítica.

[...] Uns ficavam me discriminando, ainda hoje me discriminam também, dizendo que essa doença é uma “pegação” no vento e fiquei muito magoado.

Eu descobri que tinha tuberculose porque sentia umas dores no pé da barriga e não dormia direito. Tive a experiência de fazer o exame coleta de material de escarro para levar ao hospital. Acho que eu peguei a tuberculose fumando, jogando bola em cima de muita poeira, chegava suado e tomava banho. Antes de ir tomar banho fumava logo um cigarrinho.

O tratamento para tuberculose na prisão, eu acho que é uma coisa muito importante para verificar a lesão no pulmão, tem mais atendimento das médicas, mas é uma coisa meio do período, aos 06 meses de tratamento, durante o tempo que eu tomei a medicação.

A dificuldade que enfrentei para tratar a tuberculose foi de avisar à direção para me levar ao hospital. E eu não conseguia mais sair do presídio para o hospital, pensei até em me suicidar, mas acredito em Deus e graças a ele estou recuperado.

A minha relação com os moradores lá do pavilhão onde eu fico, no período em que eu estava com tuberculose, foi que eles ficavam me puxando. Não era todo mundo que queria tomar água no mesmo copo. Uns ficavam me discriminando, ainda hoje me discriminam também, dizendo que essa doença é uma “pegação” do vento e eu ficava muito magoado. Não podia fazer nada. E só tendo o apoio do diretor para nos levar até o hospital.

Sobre as informações que recebi dos profissionais foram que não podia ficar sozinho lá em baixo (referente ao ambiente de atendimento clínico pelos profissionais de saúde do presídio) e cada dia que se passa o agente penitenciário está olhando para mim de noite também. Eles falaram para mim que a tuberculose é uma doença que aos poucos o pulmão vai se acabando. E disse que era para eu não me descuidar da doença, que a doença é muito grave.

Com relação aos encaminhamentos dados a outros serviços de saúde ficava muito ruim porque não tinha tratamento para onde nós queríamos, que era no hospital Clementino Fraga para ficarmos melhor, porque sabíamos que é uma doença muito grave. Aos poucos a pessoa vai se acabando. Porque cada um de nós vive e a visita disse que eu estou melhor desse negócio de estar doente de tuberculose.

*“Sobrevivendo no inferno dentro de uma cela
pagando só veneno, com saudades da favela
no rádio toca uma canção ideal pro momento
acendo um, tento esquecer que estou no sofrimento [...]”*
Cenário louco ôôôô
*Paz, justiça e liberdade pros irmão trancado
É lento o calendário, do sistema carcerário
vamos fazer uma irmã daquela chumbada
uma oração pra São Jorge, um cigarro e uma carta”.*
(Cenário Louco – Mc Leozinho do Recife-PE)

5.RESULTADOS E DISCUSSÕES



5.1 EXPERIÊNCIAS COMO DOENTE TB EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Princípios básicos e fundamentais do Sistema Penitenciário da Paraíba emanam de concepções humanísticas, filosóficas, políticas, éticas e sociais. A correção do homem que delinqüiu, manifesto na existência de um regime progressivo pelo qual transita o apenado em função do seu comportamento, passando de níveis mais severos a mais brandos, até a fase de reintegração à sociedade, de forma adequada. O humanismo, que se expressa na inviolabilidade da integridade física e psíquica do apenado, não existindo nenhum tipo de discriminação por motivos de raça, cor, religião sexo ou nacionalidade; partindo do princípio de que todo homem que tenha cometido um delito é capaz de reintegrar-se à sociedade de uma forma útil, tendo direito a um tratamento justo e digno (PARAÍBA, 2012).

Porém, nas prisões brasileiras violam quaisquer condições dignas de sobrevivência, ainda mais quando se somam à privação de liberdade a superlotação, a ociosidade, a não separação dos presos nas celas, os maus-tratos, como é característico das prisões brasileiras. Estas não têm alcançado resultados satisfatórios, muito pelo contrário, tem contribuído para a segregação daqueles que por ela passam, por outro, a entende como "desvio de caráter", "desajustamento" do ser, devendo, portanto, a prisão favorecer a "ressocialização" desses sujeitos para então devolvê-los à sociedade. No entanto, a "ressocialização" pretendida é pensada via "trabalho honesto", disciplinamento e "boa conduta". Assim, a prisão aparece como um aparelho para transformar os indivíduos de "boa índole", corrigindo-os para o retorno à sociedade, por meio da imposição do sofrimento e da dor (FERREIRA, 2011).

É importante esclarecer ao doente de TB e as pessoas que convivem com ele sobre as formas e tempo de contágio para evitar sofrimentos psíquicos e materializar o conhecimento pertinente sobre a doença. Pois, no período em que os sujeitos pesquisados estavam doentes de TB, veem-se nas narrativas, sentimentos de constrangimento e temor de não querer incomodar o outro, com fins de prevenir conflitos, por ser um ambiente de tensão. Percebe-se nos discursos que o doente de TB na prisão sofre: solidão, exclusão e desprezo por parte dos demais companheiros de cela.

Na relação com outras pessoas que dividi a cela quando estava com tuberculose, os outros ficavam mais individuais e distantes. Estava morando só e agora estou morando com um rapaz. Então era uma relação normal, uns ficam meio assim diferentes e outros já não ligam (MORAL).

O relacionamento com outros apenados que dividi a cela, no período que eu estava com tuberculose, não foi muito bom porque nós detentos não queremos estar perto da pessoa doente com TB porque pode pegar. A pessoa fica mais isolada, morando sozinho na cela ou com outro companheiro. Às vezes o companheiro doente tira o sono do outro com a tosse, acordando-o várias vezes durante a noite e isso não é um negócio bom. (MANO).

Aqui mesmo no presídio na verdade só tinha eu com tuberculose. Os outros companheiros de cela olhavam para mim, não sei se era com pena, não sei o que era. Mas eu acho que era mais com medo de pegar, constrangido de aquela doença, [...] Acho que não era todo mundo que ficava muito perto de mim não. Só se desse valor mesmo a pessoa [...] (MALUCO).

[...] Eu sofri bastante com os companheiros dentro da cela me xingando e dizendo que eu não ia ficar bom, sempre me criticando. Porque quando sabe que um apenado está doente tem que ficar distante. Eu não ficava perto porque disseram que pega fácil, disseram que pega até no vento. Era um negócio muito ruim, ninguém chegava para conversar comigo (PARCEIRO).

. Vê-se, de acordo Souza (2012) o caráter marcante do estigma, a doença frente ou acima do sujeito. No significante “tuberculoso”, o sujeito reúne uma teia de significações, que apontam a características – por efeito estigmatizante- consideradas desonrosas

Assim, observam-se falhas na educação em saúde dentro dos presídios sobre a TB. Além do apenado sofrer com a própria pena, o adoecimento, tem-se o estigma, preconceito e a privação de ir e vir e conviver com os demais de forma tranquila e menos tensa. Partindo das orientações da Política Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), traz-se à discussão o desenvolvimento de ações de educação em saúde, comunicação e mobilização social, visando o fortalecimento da capacidade de enfrentamento dos problemas ligados ao processo saúde-doença-cuidado no contexto da TB.

O isolamento respiratório dos casos de TB nas prisões, considerando que, nas semanas que precedem o diagnóstico, as pessoas em contato com os pacientes já foram largamente expostas ao risco de infecção e que o contágio tende a diminuir rapidamente nas primeiras semanas de tratamento, durante o encarceramento, não traz benefícios. Pois, contribui para a estigmatização e tende a desestimular a busca por parte do detento ao diagnóstico pelo temor à discriminação e à limitação de circulação imposta. Entretanto, o isolamento está indicado nas seguintes situações: casos identificados no momento do ingresso na prisão, pelo período

de 15 dias; casos confirmados ou suspeitos de resistência; falência de tratamento (BRASIL, 2011).

A privação de liberdade é um potente causador de danos físicos e psíquicos ao indivíduo. Fora isso, conta-se com toda carga de terror dita e existente nos presídios, seja pelas inadequadas condições estruturais e sanitárias das celas, ou pela ausência de ações que estimulem e reintegração social na perspectiva da cidadania. Soma-se ainda com um adoecimento e clemência de cuidados urgentes, dignos e humanos. Quando os colaboradores foram estimulados a contar sobre sua experiência como doente de TB na prisão, vários narraram de forma negativa, apontando 03 aspectos: sofrimento vivenciado pelas manifestações clínicas da doença, a negligência com o controle da TB e sentimento de solidão/isolamento.

A minha experiência como doente de tuberculose na prisão não é muito boa. Aqui no presídio quando a pessoa vive em um ambiente com contato com muitos sobreviventes, dentro do convívio com outros apenados, às vezes alguém tem a doença e através de um passa para outro, pois adquire também quando respira o mesmo ar e isso é muito perigoso. Aqui se devia ter mais cuidado com o contágio desta doença entre as pessoas, mas esse privilégio de ser cuidado é pouco. (MANO).

Ter tuberculose aqui no presídio é muito ruim, porque a gente não tem o apoio de ninguém, só conta com o diretor mesmo [...] (PARCEIRO).

Na prisão, a experiência como doente de tuberculose é ruim mesmo. Você tem dor nos ossos, não anda, tem que pedir ajuda a um companheiro para ir ao banheiro, tomar um banho, fazer as necessidades também e para comer é ruim. A garganta inflama e não desce direito nem a saliva e quando desce dói, como se fosse uma espinha atravessada na sua garganta.[...] (MALUCO).

Minha experiência como doente de tuberculose na prisão é muito ruim, pois a pessoa além de estar sem contato com outras pessoas, privada de liberdade, com uma doença contagiosa, que mata, porque se a pessoa não se tratar chega até a morrer (BOY).

Ao desbravar as sequências discursivas, nota-se, por exemplo, que PARCEIRO negativiza sua experiência por que de uma forma em geral, quando apenados encontram-se doentes, evidencia-se o descaso com o sofrimento alheio mediante falta de apoio dos funcionários e/ou profissionais do presídio. Já BOY vincula experiência ruim pelo fato de

estar privado de liberdade e doente de uma doença que para ter acesso ao tratamento depende de cuidados de profissionais de saúde e o medo de morrer traz pânico. MANO em seu discurso “*mas esse privilégio de ser cuidado é pouco*”, denota um significado remetente a existência de relações de poder sobre os corpos no presídio. O termo “privilégio” por ele expressado traz ideia de seletividade, no qual nem todos tem o benefício de ser cuidado.

A negligência com o adoecimento do encarcerado, nestes casos podem ser traduzidas como um punição. Nos estudos sociológicos das prisões, Foucault (2010) evidencia que no âmbito prisional, historicamente, apresenta a necessidade punir o outro: eliminar essa confrontação física entre soberano e condenado; esse conflito frontal entre a vingança do príncipe e a cólera contida no povo, por intermédio do supliciado e do carrasco. O suplício tornou-se rapidamente intolerável e o cruel prazer de punir.

A constituição do delinquente é correlativa a existência da prisão. Foucault em entrevista a Pol-Droit (2006) coloca que na Idade Clássica, a violência e o pequeno furto eram tolerados por todos: o malfeitor conseguia fundir-se muito bem a sociedade. Havia entre a legalidade e a ilegalidade uma transação que era uma das condições de funcionamento do poder na época. Na segunda metade do século XVIII, o sistema de tolerância muda devido às novas exigências econômicas e o medo político dos movimentos sociais, e assim foi preciso que o exercício de poder se tornasse mais fino e estreito, dando lugar ao aparecimento da polícia, da hierarquia administrativa e da pirâmide burocrática do Estado napoleônico.

Desse modo, a delinquência, que quase sempre é socialmente construído, são aderidos aos apenados leva ao reencontro da arte de punir, a higienização social e o panóptico – a retirada da punição clássica de suplício e teatralização da tortura para uma espécie de punição mais sutil, porém dita como mais eficiente, como a própria negligência de cuidados com a saúde dos presos.

Foucault (2010) coloca processos de subjetivação atravessados pela vigia como ação disciplinar, que caso não seja aceita, deverá haver uma punição. Punição no sentido de relações de força sobre os corpos; castigos não somente físicos, mas castigam-se as paixões, os sentimentos, através de leis, proibições, interdições, colocando os desregrados na situação em que todos percebam que eles estão sendo punidos, punidos para que não cometam mais faltas. Um dos efeitos mais importante do panóptico é induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade com intuito de prevalecer o funcionamento automático do poder. Considera-se panóptico um zoológico real, no qual o animal é o homem e há distribuição individual pelo agrupamento específico, que funciona como laboratório de poder. Pode ser utilizado como máquina de fazer experiências e/ou local privilegiado para

modificar o comportamento, treinar ou retreinar os indivíduos, configurando-se como aparelho de controle.

Já com relação à higienização social, percebe-se que a questão social está voltada para a questão da “poluição”, para a presença das pessoas que “não se ajustam”, que estão “fora do lugar”, que “estragam o quadro”. Dessa forma, lugares como prisões e manicômios tornam-se propícios para o confinamento, o talvez espaço de recuperação e isolamento destas pessoas “desajustadas”. Conforme Elias (1993-1994) o processo de higienização redundaria na civilidade pensada como codificação de normas de conduta, condicionando, adestrando e atuando no autocontrole de pulsões de forma a submeter os indivíduos às intervenções modeladores.

“Limpar as cidades em todos os sentidos, do lixo urbano ao lixo humano, não se limitava a expulsar os indesejáveis. A partir do século XIX, o que começava a importar eram os procedimentos individualizantes de exclusão nos espaços institucionais demarcados, dos quais os estabelecimentos eram apenas um dos dispositivos, nem sempre os mais importantes” (LOBO, 2008, p. 261).

Os prisioneiros têm uma longa história de exclusão, abusos e desrespeitos. A garantia de assistência à saúde integral de prisioneiros não pode jamais ser compreendida como um privilégio ou um direito abusivo, mas um imperativo ético. É claro que as condições dessa assistência devem ser adaptadas às condições especiais às quais essas populações estão sujeitas, posto que perpetradoras de um crime, mas as condições e a qualidade dessa assistência não devem, por razões éticas, serem qualitativamente diferenciadas (REGO, 2007).

Wacquant (2004), afirma que as prisões são utilizadas como "aspirador social" para limpar as escórias das transformações econômicas em curso: os infratores ocasionais, os jovens autores de pequenos furtos, os desempregados e os sem-teto; os toxicômanos e toda ordem de excluídos sociais deixados de lado pela proteção social. Para estes, o recurso do encarceramento para debelar as desordens urbanas é um remédio que, em muitos casos, só agrava o mal que pretende sanar.

Conforme Barros (2006) a administração penitenciária tem o dever de respeitar os direitos fundamentais dos reclusos de forma a assegurar o exercício de todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei e a esse dever corresponde a obrigação do preso de

respeitar as normas do regimento interno reguladoras da vida do estabelecimento. Por fim e em última instância à autoridade judicial cabe garantir os direitos dos presos e fazê-los cumprir pelo sistema penal e penitenciário. Ao poder judiciário fazer o controle externo dos atos da administração, faz parte de seu dever de zelar pelos direitos individuais do preso e pelo correto cumprimento da pena.

Todos os direitos contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos são baseados na ideia central de que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e que as pessoas não devem sofrer discriminação por causa de raça, sexo, religião, classe social ou outras categorias semelhantes. Dentre uma das relações entre saúde pública e direitos humanos envolve a necessidade de identificar e avaliar os impactos da violação dos direitos e da dignidade humana (MANN, 1996).

Diante do acima exposto, vê-se a importância da existência das leis de proteção às PPL, tanto pelos direitos humanos como a Lei de Execuções Penais. Além disso, torna-se necessitante, a efetivação de sua garantia em prática. Na realidade passada e atual, ainda verificam-se violações dos direitos dessa população, como a não efetivação do direito à saúde. O mais crítico disso tudo, é a falta de intervenções para estancar tais atos violadores. Vê-se que quando o apenado passa à tutela do Estado, não somente termina seu direito à liberdade, mas também outros direitos fundamentais que não estão apontados pela sentença. Desse modo, muitas vezes, a PPL do sistema carcerário passando a ter um tratamento desumano e a sofrer punições e castigos, além do próprio cumprimento da pena em privação de liberdade. E o que seria um espaço para ressocialização, torna-se um campo de exercício de violações de direitos.

5.2 ACESSO E ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE

As ações de controle da TB em PPL devem estar em consonância com o PNSSP, que prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantido legalmente o acesso desta população aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

As PPL, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais, incluindo o acesso a ações e serviços de saúde física e mental. A minimização das diferenças entre a vida intramuros e a extramuros é fundamental para a redução das iniquidades e a universalização do acesso à saúde. As ações de saúde no sistema,

desenvolvidas intramuros, são voltadas para prevenção, promoção e tratamento de agravos em saúde, primando pela atenção integral à saúde, priorizando ações voltadas ao controle da TB e coleta de exames laboratoriais (BRASIL, 2010a).

Dentre as ações de saúde no sistema penitenciário destacam-se três: implantar de ações de promoção de saúde; desenvolver ações de prevenção para tuberculose, DST/aids, agravos psicossociais decorrentes do confinamento e outros; articular a referência aos níveis de tecnologia alta e garantir o acesso da população penitenciária a essa rede (BRASIL, 2010b). Além disso, estabelecer mecanismos que facilitem a comunicação e o acesso das PPL ao serviço de saúde e submeter todo caso suspeito de TB a baciloscopia de escarro, cultura para BK e, em caso de negatividade a baciloscopia, radiografia de tórax (BRASIL, 2011).

Sobre os encaminhamentos para outros serviços de saúde nas situações em que o sistema de saúde do presídio não tinha condições de atendê-los e sobre a forma com a qual foi possível a detecção da Tuberculose (TB), os colaboradores afirmaram, nos seus discursos, terem sido encaminhados a serviços de saúde pertencentes ao SUS em nível tecnológico alto da rede atenção à saúde. Porém, o acesso a estes serviços foi comprometido por alguns entraves relacionados à disposição de viaturas que os conduzissem. Nestes serviços, o tratamento era providenciado através do provimento dos recursos terapêuticos e medicamentosos necessários ao controle da TB e as ações proporcionadas com base no diagnóstico clínico, com exames específicos, como o exame de escarro:

Tem muita dificuldade para você se deslocar do presídio ao hospital, pois não é toda hora que eles, os agentes penitenciários, querem nos levar (BOY).

Eles me levaram até a médica e depois ao Clementino Fraga. Lá no hospital bateram o raio X, foi feito o exame de escarro. Através disso, foi detectada a doença. (BOY).

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

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

Nos fragmentos discursivos de BOY e PARCEIRO se observa a dificuldade de acesso aos serviços de saúde “*Tem muita dificuldade para você se deslocar*” e “*é um negócio muito ruim, quando tem um apenado doente lá*” que há uma evocação significativa da existência de vários obstáculos, vivenciados negativamente pelo o apenado doente, quando necessita de cuidados nos pontos da rede de cuidado em saúde. Verificou-se também nas sequências discursivas de BOY e MANO, que o diagnóstico foi realizado fora do sistema prisional. Logo, forma-se demanda para o serviço de saúde referência. Ainda assim, no discurso de MANO “*mas não me levaram para o hospital*” este acesso foi negado.

A integralidade no SUS, em especial a garantia ao acesso, é assegurado pela Constituição Federal em seu artigo 196, que diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, visando à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2010b). A garantia do acesso do usuário do SUS ao tratamento é um fator fundamental para o sucesso do programa de controle da tuberculose.

Dentre as diretrizes do PNSSP encontra-se a diretriz integralidade, qual pontua que as equipes de saúde no sistema penitenciário devem estar orientadas e capacitadas para prestar atenção integral à saúde da população privada de liberdade referindo ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde do baixo ao alto nível tecnológico (BRASIL, 2010a). Explicando melhor, quando a oferta dessas ações for insuficiente para atender as necessidades em saúde das PPL, como no caso de situações de urgência ou de necessidade de exames, a pessoa reclusa deve ser encaminhada para atenção ambulatorial e hospitalar na rede de estabelecimentos de saúde municipal, estadual ou federal. Sequências e fragmentos discursivos revelaram que os sujeitos não são contemplados em parte com relação ao atendimento de suas necessidades para além do contexto penitenciário.

Estudos realizados sobre o conceito de acesso prevalece a ideia de que é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (TRAVASSO; MARTINS, 2004). Na maior parte das pesquisas, o conceito de acesso converge para um pensamento comum: o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde precisa ser discutido e desenvolvido através de ações intersetoriais e transversais em todas as áreas do governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania e outros. Na definição de acesso Sanchez & Ciconelli (2012) concluem que quando o seu conceito é sustentado por quatros elementos

principais: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, há um risco de se confundir com o conceito de equidade em saúde.

Importante mencionar a distinção dos termos acesso e acessibilidade, que apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. O primeiro permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. Já acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços (STARFIELD, 2004). Conforme Souza et al (2008) o acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

Quando os sujeitos foram solicitados a descrever as dificuldades enfrentadas para se tratar da TB, viu-se nos discursos lembrança de sofrimento psíquico: ansiedade, desespero e tentativa de suicídio devido fragilidades na acessibilidade aos serviços de tratamento e diagnóstico específicos para TB, e a relação estabelecida com os agentes penitenciários na condução dos detentos aos serviços:

Mas com relação ao atendimento e para a pessoa ir ao hospital, demorou muito para eu ser consultado, pois eu passei muito tempo para ser atendido e durante esse tempo a pessoa fica sofrendo (MANO).

Quando o serviço de saúde do presídio não tinha condições de atender, aí a gente ia tudo para o hospital, lá para o H.U. [...] Às vezes eu ia para o hospital, mas não dava certo para se internar. Era uma dificuldade para mim! A gente chegava lá que era só a graça mesmo. Da última vez, vinham quatro ou seis presidiários de uma só vez. Mas conseguimos. Se for para esperar dos agentes penitenciários, não recebia nada não, eles deixam morrer, essa é a realidade! (MALUCO).

A dificuldade que enfrentei para tratar a tuberculose foi de avisar à direção para me levar ao hospital. E eu não conseguia mais sair do presídio para o hospital, pensei até em me suicidar, mas acredito em Deus e graças a ele estou recuperado (BROTHER).

Nas unidades discursivas acima citadas nota-se que acessibilidade do doente de TB privado de liberdade encontra-se comprometida, devido indisposição por parte de profissionais dos ambientes prisionais em atender as necessidades do apenado e dificuldades de comunicar-se com o gestor da instituição prisional para justificar sua necessidade de ir ao hospital, e assim, a disponibilizar transporte para levá-los.

Acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Outra diretriz do PNSSP enfatiza que as práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendida como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito; O atendimento à saúde da população penitenciária deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

A humanização se apresentava como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Desse modo, configura-se como um investimento na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, retomando a perspectiva de rede descentralizada e da co-responsabilização (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

Quando indagados sobre a descoberta do acometido por tuberculose, os colaboradores evocam nas entre linhas, na maioria dos casos, que a procura do cuidado iniciava-se primeiramente deles, até mesmo a descoberta da doença, quando já se encontravam clinicamente debilitados e possivelmente o quadro de adoecimento por TB já havia se instalado e avançado. Dessa forma, ao chegar aos serviços encaminhados para o tratamento da TB, o doente necessitava de cuidados no nível tecnológico mais alto de atenção à saúde como no Complexo Hospitalar Clementino Fraga.

Eu procurei a direção do presídio, à procura de atendimento. E foi no exame que eu confirmei que era tuberculose mesmo (MANO).

Descobri que tinha esta doença quando eu resolvi falar com a enfermeira. Tudo que eu comia, vomitava (FIGURA).

Eu descobri que tinha essa doença porque eu fumava muito pacaia, cansado, tossindo direto, escarrando sangue, aí o cara foi e me chamou para fazer uns exames, teste rápido. Foi aí que eu fiquei

sabendo, através dessa enfermeira lá mesmo do presídio (PARCEIRO).

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

Percebe-se pelos discursos que não há evidência de ações preventivas para o controle da TB, a exemplo da realização da busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR), pois o quadro de adoecimento já havia se instalado e quando o apenado doente procurava atendimento, algo que partia dele próprio, muitas vezes, e não da equipe, seu diagnóstico se revelava. Isso contraria o preconizado no controle da TB nos presídios e sedimenta a ideia que a população privada de liberdade não tem acesso ao diagnóstico precoce e as medidas preventivas da doença.

O diagnóstico precoce e o tratamento correto dos casos de TB pulmonar são um das principais medidas para o controle da doença, pois interrompe com a cadeia de transmissão da TB e reduzir a incidência da doença a longo prazo. Para tanto, necessita-se da crucial realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios, ação que identifica precocemente pessoas, especialmente em populações com alto risco de adoecimento, como a população prisional, na qual sugere que a busca seja realizada em indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a duas semanas, visando aumentar a sensibilidade da busca, desde que seja garantido o suporte laboratorial. A busca ativa do SR deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde (do nível primário ao terciário) (BRASIL, 2011).

No sistema prisional é necessário que a busca ativa de SR seja implantada tanto no momento da inclusão, quanto na rotina periódica para o conjunto da PPL (BRASIL, 2011). Dentre as recomendações e metas da PNSSP para o controle da tuberculose têm-se a busca ativa de casos de tuberculose identificar o SR; examinar com baciloscopia; notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do SINAN. Pretende-se com esta ação diagnosticar 100 % dos casos existentes e obter a cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos (BRASIL, 2004).

Na pesquisa de BSR, dois métodos de rastreamento podem ser utilizados para selecionar, de forma sistemática, entre os ingressos ou indivíduos já encarcerados. Para estes devem ser realizadas ao menos uma vez por ano, aqueles que serão submetidos ao teste

diagnóstico para TB (baciloscopia do escarro e, quando indicado, cultura para BK) e TSA: rastreamento com base na existência de tosse a mais de duas semanas, realizado por meio de entrevista individualizada de todas as PPL e rastreamento radiológico com base na existência de qualquer tipo de anormalidade radiológica (pulmonar, pleural ou mediastinal), independentemente da existência de tosse (BRASIL, 2011).

O atraso do diagnóstico e do início do tratamento são reflexos claros das deficiências no sistema de saúde e isto pode ser evitado com intervenções de forma significativa para aumentar a detecção precoce de casos (BARRETO, 2010). É preciso reforçar a ideia de que as pessoas presas possuem todos os direitos fundamentais, e principalmente o direito de desfrutar dos elevados padrões de saúde física e mental (BRASIL, 2005).

Apesar da existência de leis nacionais e internacionais que ressaltam a melhora na assistência às PPL, percebe-se a sua frágil operacionalização, o que gera preocupação em torno da condição em que se encontram os detentos, concorrendo para existência de práticas de violência que realçam o descaso com a saúde física e psíquica dessa população (SILVA; VEDOVELLO; FEGADOLLI, 2008), aspecto facilmente percebido em relatos acima, em que o descaso pela saúde dessa população é realçado pela falta de cooperação dos agentes lotados nas unidades prisionais.

Em relação ao tratamento, alguns sujeitos não consideram adequado devido a falta de medicamentos, com ressalva de um agonizante aguardo. Assim, evidencia-se restrito acesso a tais fármacos. Tem-se ainda, o discurso sobre tratamento ineficaz, por este ser limitado somente entrega de medicação, algo que emerge uma necessidade de mais atenção além da simples entrega de medicamentos. Outros sinalizam satisfação por terem recebido regularmente os tuberculostáticos, associando o tratamento, tão somente à entrega de medicação.

*[...] Na prisão para lhe falar a verdade, não é esse tratamento todo não. Eu não sei nem como lhe falar. O que tinha era remédio para dor de cabeça e para tosse, ainda tomo um pouco. Era um mês no portão esperando para me tratar[...] Só sei que o tratamento aqui não é o adequado[...] Foi uma mola porque você precisa de tanto medicamento e, às vezes, os que eles mandavam não servia. As vezes eu ficava desesperado tomava logo um bocado, com medo de perder minha vida, eu tomava tudinho. Você espera muito para chegar o certo, fica até magricelo porque não come direito. Você fica olhando esse portão aí do presídio e aqui dentro você tem que ser forte, viu? Se não for, você morre mesmo.
(MALUCO).*

O tratamento recebido para a tuberculose na prisão não serve direito, somente eles entregam o remédio (MORAL).

O tratamento que recebi aqui na prisão é adequado. Eles, trabalhadores do presídio, levam a gente para o hospital e, fazendo o tratamento correto, chega a adquirir a cura. Mesmo estando nesse lugar, os profissionais da saúde daqui correram atrás da medicação, esta veio e consegui fazer o tratamento (BOY).

Do tratamento eu não tenho o que falar muito, nada contra, porque fui bem tratado, recebi os medicamentos e deu tudo certo. Graças a Deus, eu fiquei bom, deu pelo menos para remediar e ficou mais legal (MANO).

Sobre o tratamento recebido na prisão, todo mês vem o remédio, vem o meu comprimido que a enfermeira me passava (FIGURA).

Diante dos relatos, verificou-se que apenas um dos recursos da estratégia DOTS está sendo contemplado, que é o suprimento regular de medicamentos, ainda assim não são todos os casos. Mesmo assim, observa-se a demora para receber medicação, o que configura-se acesso retardado à medicação. O desespero do doente e ingesta medicamentosa inadequada.

No roteiro de entrevista, parte objetiva, verificou-se que quase 100% dos entrevistados afirmam dentre as opções, que o tratamento foi auto-administrado, contrapondo-se ao recomendado pela estratégia DOTS. O PNSSP orienta que o tratamento deve ser de forma supervisionada diária para todos casos diagnosticados. Deve também, oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados, registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose, acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos (BRASIL, 2004).

O tratamento recomendado tanto para as PPL como população geral é o TDO é um elemento chave na estratégia DOTS que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes ao medicamento, reduzindo os casos de abandonos e aumentando a probabilidade de cura e de não evoluir para a TB-MR (tuberculose multirresistente) do que aquelas que não têm acesso a esta estratégia (BRASIL, 2011).

O TDO é operacionalizado com o trabalho de um profissional treinado passa observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura. Não se limita à apenas ver a deglutição dos medicamentos. É necessário o acompanhamento da evolução da doença, clínico mensal, com consulta mensais com baciloskopias realizadas, no mínimo, nos

2º, 4º e 6º meses, identificação de queixas e sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença após a introdução dos medicamentos e a detecção de manifestações adversas com seu uso. É importante que seja realizado monitoramento do peso do paciente com eventual ajuste de dose dos medicamentos prescritos e aconselhamento, visando à adesão ao tratamento. Tudo isso colabora na construção de vínculo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde (BRASIL, 2011).

No contexto carcerário a supervisão da tomada de medicamento deve ser realizada exclusivamente pelo profissional de saúde e não deve ser delegada a profissionais de segurança e/ou outro apenado a fim de: garantir o acesso ao serviço de saúde em casos de efeitos adversos provocados pelo tratamento; evitar que a medicação seja usada como elemento de troca e/ou de pressão; favorecer o reconhecimento da PPL como doente (BRASIL, 2011).

Entretanto, esta estratégia é frequentemente difícil de ser implementada no presídio, por razões operacionais relacionadas à área de segurança e características psicológicas dos detentos. É equivocada a ideia de que nas prisões, onde a princípio o detento está “sob controle”, a supervisão do tratamento seria facilitada. Nem sempre o contato diário entre profissional e detento é possível (SÁNCHEZ, 2007).

Assim, compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para garantir que toda a pessoa com diagnóstico de TB venha a ser, sem atraso, adequadamente tratada. Assim como, realização do acolhimento como forma de relação entre o serviço/usuário com escuta qualificada para desvelar as necessidades dos que buscam os serviços de saúde para uma produção do cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso. Tal entendimento requer cuidar do usuário de forma integral, ou seja, a partir de suas necessidades pessoais e/ou familiares, de suas condições de vida, do vínculo entre o serviço e os trabalhadores que produzem o cuidado, implica protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; uma postura de escuta e compromisso para dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos (BRASIL, 2011).

Vê-se que as PPL, doentes de TB, deparam-se com barreiras relacionadas ao acesso do diagnóstico antecipado ao comprometimento clínico e tratamento para esta doença. Evidenciado no subcutâneo dos discursos dos colaboradores o não cumprimento das ações de controle da TB, em especial pela ausência de busca ativa de SR e frágil acompanhamento do tratamento na perspectiva da estratégia TDO. Ou ainda, pela própria estrutura prisional não colaborar com a efetivação das medidas sanitárias e redutoras de riscos por contaminação da

TB. Dessa forma, é perceptível a frágil implementação das diretrizes do PNSSP, no sistema prisional. Algo que culmina diretamente para a negligência dos direitos da PPL.

5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O CONTROLE DA TUBERCULOSE DO SISTEMA PRISIONAL

O processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, no sentido de que tanto o profissional de saúde quanto o cliente-usuário aprendem e ensinam. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos, co-partícipes do processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004).

Com relação à TB, informar ao paciente sobre sua doença, a duração do tratamento prescrito, a importância da regularidade no uso dos medicamentos, as graves consequências advindas da interrupção ou do abandono do tratamento são fundamentais para o sucesso terapêutico. Essa é uma atividade de educação para o tratamento que deve ser desenvolvida durante as consultas e entrevistas, tanto iniciais quanto subseqüentes. As atividades de educação e sensibilização devem estar integradas ao dia a dia do serviço de saúde: nas consultas, acompanhamento do tratamento, exame de ingressos e durante as campanhas de busca ativa. Nesses momentos, os profissionais da saúde devem fornecer informações, ouvir as dúvidas das PPL e buscar com elas caminhos para solucionar suas dificuldades (BRASIL, 2001).

As informações cedidas pelos profissionais de saúde sobre TB limitam o conhecimento dos apenados sobre as formas de contágio da doença. Percebe-se nos discursos ausência de informação sobre as formas de contágio e intervenções impositivas, por parte dos profissionais, no cuidado para evitar maior debilidade clínica do doente de TB. Nesse sentido, desconsidera-se toda e qualquer forma de entendimento ampliado sobre o processo saúde-doença, o que realça a visão puramente clínica pautada no modelo médico-centrado.

[...] A doutora disse que eu parasse de fumar, não se drogar, tomar o remédio direito e pronto, só isso (MORAL).

[...] Fazer o tratamento certo, tomar os medicamentos todos os dias para não ter complicações no tratamento (MANO).

[...] Disse que era para não fumar e sempre tomar o medicamento direitinho [...] que não era mais para fumar, tomar o remédio certo

tudinho na hora, não fazer extravagância, não ficar perto de quem fuma (PARCEIRO).

[...] Era para me cuidar mais, não fumar, não usar drogas, não estar em cantos assim com poeira, água suja. Disseram um bocado de negócios para eu evitar, principalmente o cigarro. Estou tentando deixar de fumar aos poucos, não é assim não o cigarro, aqui eu tenho mais cuidado com o cigarro (MALUCO).

[...] Você tem que fazer o tratamento direito e tomar os medicamentos direito, se alimentar bem e não fumar mais, evitar pegar chuva, sereno porque isso causa também resfriado e através deste pode pegar a doença novamente e evitar até estar entre as outras pessoas também para que elas não peguem a doença. E não usar droga e fizesse o tratamento correto para ela não dar retorno. (BOY).

Observam-se repetições do tipo “não parar de tomar as medicações”, “parar de fumar e não usar drogas” nas unidades discursivas quando interrogado sobre as informações recebidas por profissionais de saúde sobre a TB. Algo que pode acarretar uma noção errônea que a TB é adquirida através do uso drogas lícitas e ilícitas. Nesse sentido, tornam-se cruciais orientações que reflitam sobre os “porquês” de tais intervenções exigentes, o que promove um diálogo esclarecedor entre o cuidador e o usuário do serviço SUS. Orientações meramente prescritivas como estas, sem ao menos esclarecimentos, têm-se mostrado ineficientes. Vê-se ainda no discurso de BOY “*Você tem que fazer o tratamento direito e tomar os medicamentos direito*”, que o peso da responsabilização pelo tratamento recai para o doente, o que pode distanciar o serviço de saúde como eixo paralelo ao processo de recuperação do apenado doente de TB.

A informação em saúde colabora na prevenção de doenças e na promoção da saúde, na medida em que proporciona uma mudança no comportamento dos indivíduos. Portanto, trata-se de uma informação que altera a estrutura cognitiva dos indivíduos e desencadeia ações que podem ser, entre outras, a mudança de comportamento (MORAES, 2008).

Segundo Czeresnia (2003), a implementação de ações para o enfrentamento de algum agravo em seus diferentes contextos precisa levar em conta os conhecimentos técnicos e científicos construídos acerca da problemática, mas não pode deixar de lado as dimensões subjetivas, sociais, políticas e culturais que envolvem seu acontecer. Ela requer profissionais de diferentes áreas, o desenvolvimento de ações intersetoriais, a decisão de buscar reduzir as desigualdades sociais, melhorando as condições de vida destas populações, além de também considerar as prioridades que envolvem subjetividades - individual e coletiva - dos atores em seus espaços cotidianos.

De acordo com Sánchez et al (2006) as ações de informação, educação e sensibilização para o controle da TB em prisões são imprescindíveis porque dão visibilidade ao problema e promovem o conhecimento de que a BSR, o diagnóstico e o tratamento dos casos e o método mais eficaz de proteção de todos contra a TB. Favorece a percepção da saúde como um bem comum e propicia a colaboração no desenvolvimento das ações. Possibilita a desconstrução de preconceitos e de valores que sustentam práticas discriminatórias ao mesmo tempo em que favorecem a integração intragrupal. Valorizam a contribuição que os diferentes integrantes da comunidade carcerária podem dar ao controle da TB nas prisões.

É importante também refletir que, muitas vezes, para além de um hábito nocivo à saúde de qualquer pessoa, em especial doente de TB, como o tabagismo e uso de substância psicoativa, pode existir uma dependência química que precisa ser tratada e levada em consideração, concomitante ao tratamento para tuberculose.

Assim, deve apoiar o controle do tabagismo no ambiente clínico, no intuito de proporcionar o tratamento da dependência do tabaco para pacientes com TB, fazer com que todas as instalações em que o tratamento da TB seja administrado sejam livre do fumo do tabaco e fortalecer o sistema de saúde para instituir o tratamento para a dependência do tabagismo (BRASIL, 2011). Conforme as recomendações do Ministério da Saúde para o controle da TB (2011), os profissionais devem incluir dois tipos de intervenções para cuidar dos doentes de TB dependentes de tabaco:

1. PAAP, que consiste em **p**erguntar, **a**valiar, **a**conselhar e **p**reparar o fumante para que deixe de fumar sem, no entanto, acompanhá-lo nesse processo.
2. Aconselhamento motivacional dos cinco **Rs**: **r**elevância (garantia que os pacientes com TB saibam que seu tratamento será mais efetivo se pararem de fumar), **r**iscos (mostrar todos os riscos de continuar fumando, inclusive os riscos de recaída para os que já abandonaram o fumo), **r**ecompensas (discutir com os pacientes com TB os outros benefícios de deixar de fumar, como economia financeira, melhora do fôlego, da disposição e do cheiro de cigarro), **r**esistências (ajudar seus pacientes de TB a identificar obstáculos para deixar de fumar) e **r**epetições (encorajar, em todas as consultas, os pacientes com TB a parar de fumar).

Nos discursos das PPL sobre as informações fornecidas pelos profissionais de saúde quanto à TB, imprescindíveis para as ações de controle, mostram com poucas exceções, que as informações são limitadas e restritas às ações de alerta e de obedecer ao tratamento, o que

configura uma educação pela culpa, responsabilizando o somente o detento pelo processo de adoecimento e recuperação, além de recomendações sobre as privações do fumo e uso de drogas.

Compreende-se que hábitos inadequados podem prejudicar a saúde do indivíduo. Dentre estes hábitos, são destacados no uso de substâncias psicoativas (o alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas), pois podem comprometer o estado de saúde tanto a curto como longo prazo. Tais usos, principalmente quando de forma abusiva e rotineira fragilizam o corpo humano favorecendo a vulnerabilidade ao adoecimento, inclusive por tuberculose.

Nos discursos, os sujeitos revelam ter adquirido a tuberculose com o tabagismo e uso de drogas ilícitas. Dessa forma, percebe-se o frágil, em alguns casos o ausente, conhecimento sobre as formas de transmissão da doença, fatores contribuintes para o desenvolvimento do agente causador da TB, como: ambientes insalubres, com pouca iluminação e ventilação, recintos concentrado de pessoas e outros. Fatores tipicamente encontrados nas unidades prisionais. E mais uma vez, vê-se que a culpa pela doença recai sobre o próprio doente. Além deste, estar cumprindo judicialmente sua sentença (privação de liberdade) torna-se a “fonte primordial” de ter adquirido a TB. Assim, omite-se a responsabilidade da unidade penitenciária no controle da não entrada de drogas, de ser vista como um ambiente favorecedor para contaminação da tuberculose e inadequada para convívio humano, logo o cumprimento da pena.

Eu acredito que eu peguei tuberculose fumando demais, pois peguei logo e não sabia o que eu tinha. Fumava muito aí eu dei uma paradinha de tanto que eu fumava em casa, eu fingia voltar de novo ao hábito de fumar, mas é arriscado pegar tuberculose de novo porque eu posso deixar de fumar (FIGURA).

Eu descobri através que tinha essa doença porque eu fumava muito pacaia [fumo], cansado, tossindo direto, escarrando sangue, aí o cara foi e me chamou para fazer uns exames, teste rápido. Foi aí que eu fiquei sabendo, através dessa enfermeira lá mesmo do presídio. Eu peguei tuberculose fumando demais e me drogando também (PARCEIRO).

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

Czeresnia (2003) considera que a base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno, cujo objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a

redução de riscos de outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

A dependência é um estado psíquico e algumas vezes físico provindo de uma interação entre um organismo vivo e uma substância psicoativa, que se caracteriza por uma conduta e outros fatores que, inúmeras vezes, inclui a compulsão a tomar a droga, contínua ou periodicamente, com o propósito de experimentar seus efeitos psicológicos e, em alguns casos, evitar o desconforto de sua ausência, como a síndrome de abstinência (VILAR, 1997).

É sabido e já virou um clichê o fatal comentário “até no presídio entra droga”, pois mesmo em unidades prisionais de regime fechado, onde se costuma realizar controle do que entra e sai, verifica-se nos discursos o quão é rotineiro o uso de drogas ilícitas no regime carcerário, até mesmo sua primeira experiência de uso. Para além do adoecimento por TB, evidencia-se outra problemática: dependência química de crack, cannabis sativa e cocaína. Com isso, torna-se mais complexo a efetivação de ações de controle da doença no sistema carcerário. Assim, as PPL com experiências de adoecimento por TB, em seus discursos revelam de acordo com suas concepções, como adquiriu TB:

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

Acho que peguei tuberculose porque usei muita droga. Eu vivia fumando até não aguentar mais. Diziam para eu tomar um banho e tirar o suor. Foi o crack! Crack demais! [...] Imagine você 11 dias queimando crack! Queimei 400 gramas de crack sozinho. É brincadeira?! Eu conheci o crack na cadeia. Foi quando eu comecei a destruir eu mesmo. Eu usei primeiro o pó, a cocaína; depois que conheci o crack aqui no presídio, passei a fumar 250 gramas, onze dias sem parar, não comia nada. Só tomava água, fechava os olhos e fumava de novo. Abria, eu já ia naquele estado, só sei que comecei a pegar por aí, o crack, cocaína, a maconha, o cigarro. Comecei fumando crack aí puxando para o cigarro, muita nicotina e alcatrão na fumava e aí um cigarrinho de maconha puxava o outro. Assim, não tem pulmão que agüente. (MALUCO).

Acredito que adquiri essa doença através de fumar com outras pessoas em ambiente abafado e com muitos apenados juntos (BOY).

No fragmento discursivo de BOY “adquiri essa doença através de fumar com outras pessoas em ambiente abafado e com muitos apenados juntos” observa-se que o colaborador tem a coerente noção que o ambiente com pouca ventilação e aglomerado de apenados no

mesmo recinto colabora para adquirir a doença. Noções como estas, são poucas encontradas nas narrativas dos colaboradores. Desvincular a culpa do detento pela contaminação e adoecimento por TB mediante uma educação em saúde pautada na promoção de saúde e prevenção de doenças poderia causar transferência dessa culpabilidade sobre as fontes de contaminação para a instituição prisional. Algo que, talvez provocaria repercussão e discussão sobre questões estruturais e sanitárias das penitenciárias para o meio público.

Conforme Souza (2012), todo esse universo simbólico da drogadição adentra a significância da TB, quando se estabelece uma relação discursiva entre ambos: um discurso apontando para outro.

O uso abusivo de drogas é um importante problema de saúde pública, que acarreta ônus do sujeito, a família e à sociedade, na perda de emprego, rupturas familiares, violência, crimes, acidentes e encarceramento (SCHENKER, 2010). Nesse sentido, torna-se crucial durante o processo de cuidado de uma pessoa com histórico de uso abusivo de drogas, a oferta de terapêuticas baseadas em escutas qualificadas, seja em grupo ou individual, uso de medicamentos redutores de ansiedade, entre outros fármacos psicotrópicos.

O diagnóstico de uma dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de drogas na atualidade são diversificados, sendo a dependência o último estágio. Além disso, o tratamento da drogadição é algo prolongado. Entretanto, romper o ciclo de dependência é algo muito difícil e delicado, pois os indivíduos que se tornam dependentes vivenciam um sofrimento físico e psíquico intensos, tendo sua vida afetada, bem como suas famílias, amigos e a comunidade de uma forma geral (PRATTA & SANTOS, 2009).

A dependência de drogas ilícitas e o baixo nível socioeconômico são fatores que facilitam a elevada disseminação de doenças e agravos entre presidiários, como tuberculose, hepatite B, hepatite C, AIDS e outros agravos sexualmente transmissíveis (GÓIS, 2008). O uso de drogas é bastante elevado dentro da prisão, correlacionada diretamente com o vício antes de serem presos. O uso do álcool é predominante antes do encarceramento. Na prisão, o uso da maconha predomina entre os homens, estes utilizaram um número maior de combinação de drogas do que as mulheres. Ao se analisar os usos combinados de maconha e cocaína, 70% dos homens informaram uso de pelo menos uma das drogas antes da prisão e 33% no confinamento (CARVALHO et al, 2006).

A OMS (2001) destaca ainda que, a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos

que levaram à mesma, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga.

A TB é transmitida de pessoa a pessoa, principalmente através do ar contaminado com Bacilo de Koch eliminado pelo indivíduo com a tuberculose nos pulmões. A pessoa, não doente de TB, inala gotículas, dispersas no ar, de secreção respiratória do indivíduo doente, que ao tossir, espirrar ou falar, espalha no ambiente gotículas contaminadas, que podem sobreviver, dispersas no ar, por horas, desde que não tenham contato com a luz solar (BRASIL, 2009b). Caso o sistema imunológico do indivíduo estiver fragilizado, na maioria dos casos, a bactéria causará a doença. Porém, não descartada a possibilidade da pessoa adquirir a doença no primeiro contato com o germe. Na interpretação dos sujeitos do estudo de BOY e MORAL, destaca-se vivência com fumaça e ambiente abafado, o que justifica, mais uma vez, que a realidade dos recintos prisionais, as celas, estão inadequadas para convívio, pois colaboram com a transmissão e contaminação da TB.

O fumo, alterando todos os mecanismos de defesa da árvore respiratória e reduzindo a concentração de oxigênio no sangue, colabora para a gravidade das lesões necrotizantes, além de prejudicar e tornar mais lenta a cicatrização, o que pode gerar seqüelas mais extensas (BRASIL, 2011).

Além disso, o tabagismo provoca no trato respiratório baixo, ressecamento das mucosas, ocasionando tosse e seu uso prolongado contribui para a ocorrência de insuficiência respiratória e câncer do pulmão. Assim o doente de TB que já está debilitado, encontra-se em risco para uma maior fragilidade biológica devido ao fumo. Por outro lado, a privação do tabagismo causa sinais e sintomas de abstinência tais como: ansiedade, irritabilidade, inquietação, cefaléia, aumento do apetite entre outros. Assim torna-se bastante difícil para doente de TB com hábitos de fumo, aderir ao tratamento (ABRAMS, 2006).

É perceptível nos discursos dos colaboradores, a reprodução do errôneo pensamento que a TB é transmitida pelas drogas. Já que, como explanou-se acima, estas fragilizam e vulnerabilizam ao adoecimento por TB. Mas, vê-se tanto a rotina de uso de drogas nos recintos penitenciários como a associação desta com o acometimento por TB, devido a estreita relação de vários casos de TB e histórico de uso de drogas. Soma-se ainda com debilidades da educação em saúde para com doente de TB, principalmente em se tratando do ambiente prisional.

Dentro das ações de controle da tuberculose, a de educação em saúde, possibilita esclarecimento ao doente de TB sobre as formas de contágios, a importância do cumprimento

do tratamento, entre outras questões pertinentes para a cura da doença no indivíduo. Algo que contribui no vínculo e confiança entre profissional e usuário do serviço de saúde, na mudança de atitudes para o autocuidado com a saúde e possíveis recidivas de adoecimento por TB. Contudo, o processo educativo entre o profissional de saúde e detento com TB deve-se ser desenvolvido na perspectiva participativa, autônoma e horizontal, pois dessa forma rompe-se com a barreira “detentor de saber e o despido de conhecimento acerca da doença”.

Moraes (2008) sintetiza o intuito da prevenção de doenças em quatro eixos: dar foco à doença; dar foco aos mecanismos de combate à doença; agir para deter, controlar e enfraquecer fatores de risco ou causas de enfermidades ou enfermidade específica; a ação de prevenção, que necessita de conhecimento específico, visa ao controle ou fim da doença, tendo duração estabelecida.

Ayres et al (2003) afirmam que o enfoque educacional é tão fundamental nos processos de promoção da saúde e prevenção de agravos, que não pode ficar preso às tendências modeladoras, fortemente difundidas a partir do paradigma comportamentalista. A atitude construtivista é aquela que melhor parece concorrer para que as pessoas possam de fato buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam.

A educação popular em saúde, como processo contínuo e participativo, visa ao entendimento do processo saúde-doença-saúde, sendo a promoção da saúde essencial para garantir a integralidade das ações (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004).

A promoção da saúde engloba mudanças de estilo de vida com abordagens educacional e comportamental quanto à redução de alguns riscos relacionados ao fumo, álcool, drogas, erros de nutrição e outros; em outras palavras, visa a um comportamento saudável. Há uma mediação entre as questões de saúde e as questões ambientais e sociais. Os resultados dessas mudanças são previstos para médio e longo prazo e são também de difícil aferição, isto é, tem uma avaliação complexa de custo/benefício (MORAES, 2008).

Algumas medidas tornam-se imprescindíveis para amenizar, quiçá reverter, essa problemática do uso de substâncias psicoativas e TB nas prisões, como as ações educativas na perspectiva da redução de danos, considerada “uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas” (ANDRADE et al, 2001). Dentre outras medidas, necessita-se do controle sobre o uso de drogas em unidades prisionais, capacitação das equipes de saúde sobre dependência química, afim de contribuir com o cuidado integral em saúde, disponibilizar recintos específicos para desintoxicação.

Compreende-se que não é necessário separar pratos, talheres e copos do doente de TB, pois esta doença é transmitida pela secreção pulmonar, que é expelida pela tosse e pelo espirro. Assim a secreção salivar não tem o bacilo de Koch, que transmite a doença. Quando há um conhecimento e comunicação qualificada a respeito da doença, evita-se constrangimentos, reduz alarmes sobre a doença. Dessa forma, evolui o processo de desmistificação da TB e reduz o estigma e preconceito com o doente.

No tocante ao relacionamento com os demais detentos no período em que estava doente de TB, observa-se nos discursos dos colaboradores a culturalização no pensar e agir, por parte do próprio doente e dos “companheiros” apenados, a separação de utensílios para realização de ingestão de alimentos e líquido. Explicando melhor, aquilo que tem contato com a boca, em especial saliva. O fato provoca um pânico coletivo, com ações de isolamento pontuado nos discursos, violência psicológica e moral com doente de TB. Como consequência, a experiência como doente de TB na prisão torna-se mais sofrida e cristaliza-se com tempo uma concepção errônea sobre as formas de contágio da doença.

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

Você tem que separar todo o material, o garfo, a colher e o copo, que você usa para ninguém pegar porque se não, eles podem adquirir também (BOY).

A tuberculose é uma doença muito ruim, ninguém ajuda ninguém. Até os companheiros ficam meio temerosos, tem que tomar água no copo separado. A pessoa fica meio com raiva, se sente magoado pelo fato de estar doente e ninguém pode fazer nada pela pessoa (PARCEIRO).

Os amigos se afastavam e só queriam tomar água em copo separado. Também ninguém me dava atenção não (PARCEIRO).

Não era todo mundo que queria tomar água no mesmo copo. Uns ficavam me discriminando, ainda hoje me discriminam. Também dizendo que essa doença é uma “pegação” do vento e eu ficava muito magoado. Não podia fazer nada, não é? (BROTHER).

Uma doença infecciosa certamente afetará as relações com as pessoas, pois o preconceito aliado ao medo leva as pessoas a se afastar dos valores e atitudes relacionadas à solidariedade e compaixão com o outro. Além disso, o fato de a doença ser contagiosa e as recidivas serem muito constantes levam à descrença na cura da tuberculose. Mesmo quando

se admite ser uma doença curável, persiste a crença de que “sempre fica alguma coisa por dentro” (CLEMENTINO, 2011).

Segundo Sanchez (2007), a prisão é uma comunidade onde todos interagem entre si, correndo o risco de adoecer de TB. O desenvolvimento de programas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) é falho tanto pelo grande número de detentos, quanto pela restrição da realização de atividades coletivas devido às condições ambientais e de segurança. Além disso, a ineficácia de estratégias de educação prescritivas em um meio altamente hierarquizado e que rejeita imposições, além daquelas inerentes ao encarceramento, torna necessária a busca de outras formas de abordagem. Estratégias de conscientização elaboradas com a participação dos detentos, que seriam também multiplicadores, parecem mais adequadas, porém necessita-se do desenvolvimento de sua autonomia e do seu direito à iniciativa.

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde segundo o modelo dialógico. Em oposição à abordagem convencional, trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde (AYRES, 2001a).

Tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde e não tem construído sua integralidade e pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla. As críticas a essa política dominante têm levado muitos profissionais a trabalharem com formas alternativas de educação em saúde, das quais se destacam aquelas referenciadas na educação popular. Esta pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004).

Compreende-se que as relações humanas, seja de um apenado com outro e/ou com profissional do presídio, muitas vezes, estão entrelaçadas por conflitos e tensões. O que concorre para um distanciamento, enrijecimento e ausência de diálogo e relacionamento saudável entre eles. Investimento em uma escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde, iniciativas da prestação de um cuidado na perspectiva da integralidade, organização do processo de trabalho em práxis para o estabelecimento da unidade prisional como espaço de reintegração à sociedade podem colaborar para que essas relações sejam menos ostensivas.

Nesse sentido, todo profissional de saúde é um educador em potencial e pode contribuir para o diálogo e o intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, como propõe a educação popular. Desse modo, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber em saúde, que promova mudanças de hábitos e de comportamentos, utilizando-se de técnicas educativas que promovam a reflexão, a crítica e oportunize a participação do detento nos processos decisórios de qualificação do serviço.

*“Se pá nem compensa comenta
Cada um cada um ainda mais nesse lugar
Quem morre, quem mata, quem caça assunto
Quem corre, quem fica, quem assina o defunto?
Não sei, não vi, nem me interessa ver
Certas fita compromete só de saber
Uma par de calça azul querendo te arrastar
Outros nem tanto ta na fita pra somar
E na televisão quem leva a culpa ta de toca
Em dia de visita pega a fila e tira a roupa
Agacha, levanta, senta num banquinho
Jogam suas bolsas no chão de um quartinho qualquer
Cheirando a mofo sujo sem respeito nenhum
Revistam o jumbo com despeito, atitude comum
Não pode isso, não pode aquilo
Comida racionada não passa de 1 kilo
E a imprensa ainda diz que preso se alimenta bem
Que é só mordomias às custas de alguém
O que eu quero é voltar pra casa e viver em paz
Sofrer na prisão irmão nunca mais”.*
(MC Dexter – O destino do réu)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS



Diante da magnitude problemática e alarmante apresentada sobre da TB no sistema prisional, a investigação foi sustentada pela defesa do direito à saúde das PPL no regime penitenciário, mediante o PNSSP, a Lei de Execuções Penais, princípios do SUS, PNCT e a segunda dimensão dos direitos humanos. Para tanto, oportunizou dar a voz aos colaboradores com a utilização da técnica História oral de vida, a qual possibilitou que as narrativas escoassem de forma livre. Com auxílio da AD na compreensão dos discursos, o desbravamento destes permitiu a evocação de subjetividades, os ditos por trás das cortinas e a posição do sujeito frente a sua experiência de adoecimento por TB na prisão.

A pesquisa atingiu todas as metas propostas. Foram identificadas fragilidades nas ações de controle da TB voltadas as PPL; feita análise da experiência de detentos com TB e averiguadas a existência de contradições entre as necessidades dos presidiários com tuberculose e o cuidado prestado a esta clientela, conforme o PNSSP.

Logo, observou-se nos discursos dos colaboradores deste estudo que, estar doente de TB e privado de liberdade na prisão é algo desagradável, pois para além do sofrimento clínico do adoecimento por esta doença e psíquico do aprisionamento, o que se destacam são: clemências de receber cuidados com a sua saúde, algo inerente ao acesso e acessibilidade aos serviços competentes; a luta pela sobrevivência, na reabilitação biológica e psicológica, em pleno campo de batalha que impera as relações de poder; a limitação e dependência da boa vontade de profissionais do presídio para falar e atender a necessidade do apenado ser cuidado, de saber qual o problema de sua debilidade orgânica, de receber o tratamento adequado e a preocupação no conciliar o adoecimento e com o não desagrado dos demais presos.

Com relação às ações de controle da TB, nos presídios investigados, evidenciou-se distanciamento do que é preconizado pelas políticas e programas de saúde, visto que, muitas vezes, foi no serviço de alta tecnologia que o diagnóstico, o tratamento da TB era realizado, o que poderia ser realizado em nível primário e ambulatorial. As informações fornecidas pelos profissionais de saúde sobre a doença são frágeis, o que materializa e sustenta o estigma, preconceito e concepção errônea das formas de transmissão da TB. A busca ativa dos SR não é realizada, visto que o apenado quando se encontra clinicamente debilitado, procura cuidados dos profissionais de saúde do presídio. Não há exclusividade de um profissional qualificado e treinado na distribuição e acompanhamento da ingesta dos tuberculostáticos. Observada dificuldades de acesso e acessibilidade a outros serviços de saúde e cuidados dentro e fora dos presídios.

Nesse sentido, cabe ao poder público, gestores e profissionais de saúde investir em recursos humanos, políticos, financeiros e organizacionais de trabalho referente ao controle da TB sistema prisional, de modo que seja respaldado em práxis nas orientações do PNSSP e do PNCT. Em termos operacionais, é preciso identificar precocemente, desde a admissão do apenado, os casos da doença, viabilizar o acesso perspicaz ao cuidado terapêutico dos profissionais de saúde e, quando necessário, a outros serviços de atenção. Desenvolver estratégia de educação em saúde, com fito de minimizar o preconceito e qualificar a compreensão sobre a doença.

Por fim, deve-se assegurar aos privados de liberdade o gozo pleno de seus direitos constitucionais, na intenção de contemplar o estabelecido por lei e contribuir no real processo de reintegração social. A negação do direito à saúde do apenado, seja pela imobilidade das autoridades e dos representantes do poder público, ou pela negligência desse direito como punição, impossibilita avanço e efetivação dos direitos sociais, contraria princípios do SUS, favorece o surgimento de novos casos de doenças infectocontagiosas e mortes, contribui na perpetuação dos presídios como um problema de saúde pública e fortalece com as iniquidades já existentes.

Este estudo permite fazer as seguintes recomendações às autoridades (diretores (as) das instituições penitenciárias de João Pessoa), gestores de saúde de todos os níveis (municipal, estadual e federal), profissionais de saúde atuantes no sistema carcerário e dos demais serviços de atenção à saúde que prestam assistência aos detentos:

1. Implementar e supervisionar as ações de controle da TB em todas as penitenciárias, em concordância com PNSSP e a PNCT;
2. Avaliar a relação entre a estrutura dos presídios, relacionamento dos apenados com a disseminação de doenças infecto-contagiosas e sexualmente transmissíveis;
3. Discutir anualmente os desafios a serem superados para efetivação da qualidade do cuidado em saúde, na perspectiva da promoção da saúde, integralidade e intersetorialidade, a ser prestado a PPL;
4. Monitorar e garantir a existência de ações vigilância epidemiológica e sanitária nos recintos penitenciários, com estabelecimento de normas e rotinas para o serviço;
5. Desenvolver estratégias de redução de danos para o não uso de substâncias psicoativas e ofertar atenção em saúde ao detento com dependência química;
6. Introduzir e qualificar ações de educação em saúde com as PPL e funcionários;
7. Oportunizar a discussão da temática “TB nas prisões” em eventos científicos e agendas políticas.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, A.C. **Farmacoterapia Clínica**: princípios para a prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.15, ago. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 01 de out 2012.
- AMARAL, A. S. et al. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. **SaudeSociedade**, v. 19, n. 4, p. 794-802, out./dez, 2010.
- ANDRADE et al. The opening of South America's first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brasil. *Aids and Behavior*, San Diego, California-USA, v.5, n.1, p.51-54, 2001.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (APM). **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- AVELAR, M. C. Q. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes suspeitos ou portadores de tuberculose pulmonar: estudo exploratório. **Online braz. J. nurs.**, Niteroi, v. 5, n. 2, jan. 2006. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/292/58>>. Acesso em: 20 nov. 2010.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet**, vol.06, n.01, mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005>. Acessado em: 24 out. 2011.
- AYRES, R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 17, n. 1, jan 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100004&script=sci_arttext>. Acessado em: 12 jun 2011.
- AYRES, J. R. C. M; FRANÇA, J.I; CALAZANS, G.J.; SALETTI, F.H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- BARREIRA, D. Tuberculose no Brasil: um desafio que já mostra resultados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, abr. 2010. Disponível em: <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/5909/artigo/tuberculose-no-brasil-um-desafio-que-ja-mostra-resultados>>. Acesso em: 15 nov. 2010.
- BATISTA, A.S. Estado e controle nas prisões. **Caderno CRH**, Salvador, maio. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792009000200013&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04. jul.2012.

BARRETO, A. J. R. **Retardo no diagnóstico da tuberculose e a infância dos aspectos**. 2010. 124f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2010.

BARROS, C. S. de M. Direitos do preso. **Dicionário de Direitos Humanos**. São Paulo, jul. 2006. Disponível em: <http://www.esmpu.gov.br/dicionario/tiki-index.php?page=Direitos%20do%20preso>. Acesso em: 06 dez. 2012

BENEVIDES, M. V. de M. “A Questão Social no Brasil: os direitos econômicos e sociais como direitos fundamentais” in Videtur – Letras. **Mandruvá**, n.3, mar.2001. Disponível em: < <http://www.hottopos.com/vdlettras3/vitoria.htm> > . Acessado em: 05 dez. 2012

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BENEVIDES, M. V. de M; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014>. Acessado em: 03 dez.2012

BOM MEIHY, J. C. S. **História Oral: como fazer, como pensar**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2011.

BRASIL. Lei n.º 7.210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União* 1984; 13 jul.

BRASIL. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro 1996**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Previdenciário. 3ª ed: **Textos Básicos de Saúde**; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Incluir no sistema de saúde os brasileiros que cumprem pena é cumprir um direito garantido pela constituição**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Sistema Penitenciário. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. **CPI sistema carcerário**. – Brasília :

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância epidemiológica- Tuberculose**, 7º edição, Série A. Brasília, 2009b.
Âmara dos Deputados, Edições Câmara. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Sistema Penitenciário. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2010 a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Revisao_PNSSP.pdf>. Acesso em: 02 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2010b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial Tuberculose. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v.43, p.2-12, 2012. Número especial.

BOUNDY, J. et al. **Enfermagem Médico-cirúrgica**. Tradução de Carlos Henrique Cosendey. Revisão de Sônia Regina Souza. Rio de Janeiro: Reichmann&Affonso Editores, 2004.

CLEMENTINO, F.S. et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.638-43, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a23.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2011.

CARVALHO, M. L. de. et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 461-471, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30433.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311/2007**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso: 01 jan. 2011.

CUNHA et al. **Direitos Humanos e Poder Judiciário no Brasil : Federalização, Lei Maria da Penha e Juizados Especiais Federais**. Organizador José Ricardo Cunha. Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getulio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, v.02. Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, A. R. Crime-prisão-liberdade-crime: o círculo perverso da reincidência no crime. **Serviço Social & Sociedade**, n. 107, set.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-662820110003000008&script=sci_arttext>. Acessado em: 12 de out. 2012

DESLANDES, S. F.; MENDONÇA, E.A.; CAIAFFA, W. T.; DONEDA, D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.18, n.01, 2002.

DIUANA, V. et al..Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1887-1896, 2008.

ELIAS, N. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. v.1.

ELIAS, N. **O processo civilizador: formação do estado e civilização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. v.2.

FERNANDES, R.C.P. et al. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, 2002; p. 807-16.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2010.

GOIS, S. M. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17 n.5, Maio 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500017&script=sci_arttext >. Acesso em: 01 out. 2012.

GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M.D.; CÉSAR, C. L.G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família no Município de São Paulo. **Rev. Saude Publica**, v.39, n.1, p. 9-90, 2005.

SOUZA, K. M. J. **Discursos sobre a tuberculose: significância por e para sujeitos**. 2012. 71f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

HUMENHUK, Hesterston. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais**. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 227, 20 fev. 2002. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/4839>>. Acesso em: 01 jul. 2011.

LIMA JR, J. B. O caráter expansivo dos Direitos Humanos na afirmação de sua indivisibilidade e exigibilidade. **Revista Autor**, 30 set. 2005. Disponível em: < http://www.revistaautor.com/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=104:o-carr-expansivo-dos-direitos-humanos-na-afirma-de-sua-indivisibilidade-e-exigibilidade1&catid=15:direito&Itemid=44 > Acessado em: 05 jul. 2011.

LOBO, L. F. **Os infames da História: Pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MACHADO, F. R. S. Os direitos sociais e o poder judiciário o caso saúde. In **Direitos Humanos no Brasil 2009 relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humano**. Disponível em: < <http://www.boell-latinoamerica.org/downloads/relatorio-DH-2009.pdf> >. Acessado em: 26 jun 2011.

MANN, J. Saúde Pública e Direitos Humanos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 135-145, 1996.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004.

MENDES, A. M; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 25-36, abr. 2004. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v12n1/v12n1a05.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2010.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad Saude Publica**. 2001; 17(4): 819-32.

MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MORAES, A. F. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900008>. Acessado em: 16 de out. 2012

NOGUEIRA, P. A; ABRAHÃO, R. M. C. M. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, n. 1, p. 30-38, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-90X2009000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 fev. 2011.

NÓBREGA, C. C. **Viabilidade econômica, com valoração ambiental e social, de sistemas de coleta seletiva de resíduos sólidos domiciliares**: Estudo de caso João Pessoa-PB. 2003. Tese (Doutorado em Recursos Naturais) - Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2003.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 5, p. 549-559, 2000.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8ª ed. Campinas-SP: Pontes, 2009.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.2, abr. 2009.

PARAÍBA. Gerência Executiva do Sistema Penitenciário. **Administração Penitenciária – Princípios do Sistema Penitenciário**. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/principios-do-sistema-penitenciario>>. Acessado em: 02 jun. 2012

PIOVESAN, F. Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v.1 n.1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452004000100003&script=sci_arttext>. Acessado em: 26 de jun. 2011.

POL-DROIT, R. **Michel Foucault: entrevistas**. São Paulo: Graal, 2006.

RAMOS, A. C. et al. **Manual Prático de Direitos Humanos Internacionais**. Brasília: ESMPU, 2010.

RAMOS, R. S. **Análise do arcabouço teórico jurídico do sistema único de saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos**. 2007. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: 2007.

REGO, S. Debate sobre o artigo de Correia et al. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.,9 Rio de Janeiro Setembro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007000900003&script=sci_arttext>. Acesso: 11 de out. 2012

REIS, J. R. F. Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: MOROSINI, M.V. G. C.; REIS, J. R. F. **Sociedade, Estado e Direito a Saúde**, Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde, Joaquim Venâncio, FIOCRUZ, 2007, p. 15 – 57.

RIBEIRO, M. C. S.A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F, SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.04, p.1011-22, 2006.

RODRÍGUEZ, M. Panorama de los sistemas penitenciarios en América Latina y el Caribe desde una perspectiva de los derechos humanos. **Instituto Interamericano de Derechos Humanos**, jun. 2007. Disponível em: <http://www.iidh.ed.cr/comunidades/seguridad/docs/seg_docpolicia/curso%20noel%20doct.htm>. Acesso: 11 out. 2012

SÁNCHEZ, A.R. et al. A tuberculose nas prisões: uma fatalidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 2510-2511, 2006.

SÁNCHEZ, A. R. et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 3, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300013>. Acesso em: 01 fev. 2011.

SANCHEZ, A. R.; DIUANA, V.; LAROUZE, B. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 850-850, 2010.

SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso á saúde. **Rev. Panam Salud Publica**. n. 3, p. 260-8, 2012.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2002; 7(4): 757-76.

SILVA, G. K. N; VEDOVELLO, V. P; FEGADOLLI, C. Políticas e práticas da assistência farmacêutica penitenciária. **UNIMEP**, 2008. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/4mostra/pdfs/489.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2011.

SOUZA , E. C. F. ET AL. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acessado em: 19 ago 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

OLIVEIRA, H. B. de; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. panam. salud pública**, v. 15, n. 3, p. 194-199, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtornos devido ao uso de substâncias**. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (p. 58-61), 2011. Brasília: Gráfica Brasil.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n. 2, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014>. Acessado em: 03 de Fev. de 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, 2005.

TONIÊTO ,T. O tratamento de desintoxicação ao dependente químico de drogas ilícitas sob um prisma constitucional. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v.11, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1516-41792010000200002&script=sci_arttext>. Acesso: 09 de out. 2012

VILAR, J. T. Uso de substâncias psicoativas: aspectos criminológicos e políticos. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, n. 18, p. 109-122, abr./jun. 1997.

WACQUANT, Loïc. A aberração carcerária à moda francesa. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, IUPERJ, v. 47, n. 2, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO definição de Saúde Preâmbulo, a Constituição da Organização Mundial de Saúde como adotada pela Conferência Internacional de Saúde, New York, 19-22 junho de 1946; assinado em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados (Registros Oficiais do Mundo Organização Mundial de Saúde, não. 2, p. 100) e entrou em vigor em 7 de abril de 1948.

WHO report. **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning , financing**. Genebra: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: WHO report 2011**. France: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculose & tabagismo**, 2011b. Disponível em: <
http://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/en_tfi_tb_tobacco_factsheet_port.pdf
>. Acessado em: 02 de Jul 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre vivência com a tuberculose de pessoas privadas de liberdade no sistema prisional e está sendo desenvolvida por Rayanne Santos Alves, aluna da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Lenilde Duarte de Sá.

O objetivo do estudo é analisar as ações de controle da TB voltadas a PPL, segundo as determinações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, a assistência prestada e/ou oferecida no sistema penitenciário masculino do município de João Pessoa (PB), à luz da história oral de vida.

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhorar a produção de cuidados ao doente privado de liberdade com tuberculose, acompanhados por serviços de saúde e colaborar com as ações de controle da tuberculose no município de João Pessoa, território considerado prioritário para o controle da tuberculose na Paraíba.

Solicitamos a sua colaboração para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

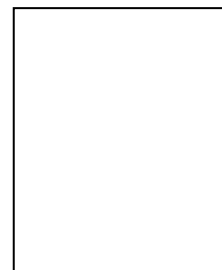
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na unidade de saúde da família.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da Testemunha



Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Rayanne Santos Alves.

Endereço profissional: Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, 58.059-900 – João Pessoa-PB, Brasil, E-mail: rayanne-fleur@hotmail.com, Telefone: (83) 9906-5246.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

Data: ____/____/____

Nº da Entrevista: ____

Instituição: _____

Parte I: Dados de caracterização do entrevistado

Colaborador: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Escolaridade:

- () Sem escolaridade
- () Ensino Fundamental (1º grau) incompleto
- () Ensino Fundamental (1º grau) completo
- () Ensino médio (2º grau) incompleto
- () Ensino médio (2º grau) completo
- () Ensino superior (universitário) incompleto
- () Ensino superior (universitário) completo

Moradia:

- () Alvenaria
- () Madeira
- () Material reciclável
- () Outro:

A casa dispõe de:

- () Luz elétrica
- () Água encanada
- () Sistema de esgoto
- () Boa ventilação
- () Geladeira
- () Telefone
- () Televisão
- () Rádio

Estado civil: _____

Renda familiar média: _____

Número de pessoas que divide na cela _____

Além da tuberculose tinha outra doença?

Sim () qual? _____

Não ()

Parte II: Dados relacionados ao tratamento da tuberculose

Tipo de tratamento: () Tratamento Supervisionado () Auto-administrado

Quem acompanhava o tratamento:

Hábitos associados: () Etilismo () Tabagismo () Drogas () Outros

Parte III: Questões

1. Conte para mim a sua experiência como doente de tuberculose na prisão.
2. Fale sobre o tratamento recebido para tuberculose na prisão.
3. Descreva para mim o tratamento dado pelos profissionais de saúde.
4. Fale sobre as consultas que os profissionais dos serviços de saúde faziam?
5. Conte para mim sobre as dificuldades que você teve que enfrentar para tratar a tuberculose?
6. Descreva a sua relação com as outras pessoas que dividia cela no período que você estava com tuberculose.
7. Na sua opinião, como você acha que pegou tuberculose?
8. Fale para mim sobre as informações que você recebeu dos profissionais de saúde sobre a tuberculose?
9. Fale para mim sobre os encaminhamentos dados para outros serviços de saúde, quando o sistema de saúde do presídio não tinha condições de atendê-lo.

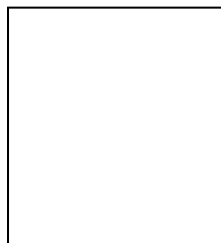
APÊNDICE C - Carta de cessão

João Pessoa, _____ de _____ de 2011

Declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita, textualizada, transcrita e autorizada para leitura, para que a Universidade Federal da Paraíba possa usá-la totalmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, que tem sua guarda.

Assinatura do colaborador

Assinatura da testemunha



ANEXO