



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

VANESSA CRISTINA NEVES FABRINI

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO
ESTRATÉGIA PARA REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
SISTEMATIZADA À TUBERCULOSE EM PESSOAS
PRIVADAS DE LIBERDADE: PESQUISA-AÇÃO**

Londrina

2016

VANESSA CRISTINA NEVES FABRINI

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO
ESTRATÉGIA PARA REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
SISTEMATIZADA À TUBERCULOSE EM PESSOAS
PRIVADAS DE LIBERDADE: PESQUISA-AÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho

Londrina

2016

VANESSA CRISTINA NEVES FABRINI

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA
PARA REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA À
TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE:
PESQUISA-AÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Dr^a Brígida Gimenez
Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Dantas de Menezes
Guariente
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fatima Polo de
Almeida Nunes (Suplente)
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
(Suplente)
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de ____.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Fabrini, Vanessa Cristina Neves.

A educação permanente em saúde como estratégia para reorganização da assistência sistematizada à tuberculose em pessoas privadas de liberdade : pesquisa-ação / Vanessa Cristina Neves Fabrini. - Londrina, 2016.
135 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho .
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Educação permanente em saúde - Teses. 2. Enfermagem - Teses. 3. Prisioneiros - Teses. I. Gimenez Carvalho , Brígida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Ao meu Benício e à minha mãe. Sempre
comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me ter apresentado com a oportunidade de fazer este curso e me ter capacitado para chegar até aqui. A Ele toda honra, glória e louvor.

Agradeço ao meu filho Benício, que apesar de pequeno e do pouco entendimento natural da idade, soube esperar pelo colinho que tanto gosta, quando eu dizia que eu não podia dar, pois precisava estudar. Também à minha mãe, Elza, que é minha fonte de admiração, que me suportou e compreendeu as minhas falhas e ausências. Às minhas irmãs, Patrícia e Gleice, e sobrinhas, Gabriela e Carolina, que são mulheres admiráveis que me animaram quando eu achava que não aguentaria.

Agradeço à minha orientadora Brígida Gimenez Carvalho por me ter proporcionado realizar uma pesquisa que me causasse entusiasmo e fizesse-me apaixonar pela educação. Professora, à senhora, todo o meu respeito e admiração. Mais do que me orientar, a senhora me ensinou valores de vida que já estavam esquecidos. Muito obrigada.

Aos professores do Curso de Saúde Coletiva da UEL pelos ensinamentos.

Aos colegas que partilharam bons, e alguns, não tão prazerosos momentos. Agradeço, não só aos amigos do mestrado, mas aos colegas de trabalho e amigos conquistados durante a vida.

À Seção de Pós-Graduação que, tão gentilmente, em todos os momentos colaborou com a minha caminhada.

Gostaria de agradecer também algumas pessoas que contribuíram para que este projeto se tornasse realidade. Ao ex-diretor da PEL, Sr. João Victor Toshiaki Ferreira que sempre me entusiasmou a fazer o mestrado.

Aos participantes da pesquisa que, com entusiasmo, transformaram a realidade do atendimento na instituição.

“Tempo virá. Uma vacina preventiva de erros e violência se fará. As prisões se transformarão em escolas e oficinas. E os homens imunizados contra o crime, cidadãos de um novo mundo, contarão às crianças do futuro estórias absurdas de prisões, celas, altos muros, de um tempo superado”.

Cora Coralina

FABRINI, Vanessa Cristina Neves. **A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA À TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: PESQUISA-AÇÃO.** 135 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2016.

RESUMO

A tuberculose é um dos principais agravos a ser enfrentado no mundo e a incidência na população privada de liberdade é 23 vezes superior à da população em geral. Falhas na assistência prestada aos detentos contribuem para o problema e suscitaram a necessidade de se realizar uma intervenção. O objetivo desse estudo foi analisar o processo de educação permanente em saúde (EPS) desenvolvida pela equipe de enfermagem para a implantação de assistência sistematizada à pessoa com tuberculose (TB) em penitenciária estadual do norte do Paraná. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a metodologia da pesquisa-ação como estratégia de pesquisa. A pesquisa foi realizada entre outubro de 2014 a fevereiro de 2015. Durante este período foram realizadas sete oficinas de EPS por meio de estratégias variadas de aprendizado. Em três foram tematizadas o trabalho em equipe, acolhimento e corresponsabilidade. Em outras duas se discutiu aspectos atuais da doença, a prática assistencial desenvolvida e uma nova proposta de atenção sistematizada foram construídas pela equipe. As duas últimas monitoraram a proposta implantada e corrigiram falhas. As oficinas foram filmadas, transcritas e analisadas. Também foi alvo de análise, registros em prontuários e formulários institucionais. Os dados revelaram, no início do processo, um grupo de trabalhadores conformados com o modelo de assistência, responsabilizando o preso pelo seu próprio processo de cura. Porém, à medida que as oficinas avançaram, a corresponsabilização foi internalizada pelos sujeitos, e a transformação prevista pela EPS e pela pesquisa-ação ocorreu e culminou na implantação efetiva da assistência de TB ao detento da unidade prisional estudada e ao desejo de um programa de EPS institucional. A pesquisa-ação articulada à EPS mostrou-se apropriada no desenvolvimento da intervenção, pois gerou mudança de práticas e transformou a realidade.

Palavras-chave: Tuberculose. Educação permanente em saúde. Prisioneiros. Enfermagem.

FABRINI, Vanessa Cristina Neves. **The permanent health education as a strategy for systematic assistance to tuberculosis in prisoners: action research.** 2016. 135 f. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – State University of Londrina, Londrina. 2016.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a major health problems to be faced in the world and the impact on prisoners is 23 times higher than the general population. Failures in assisting inmates contribute to the problem and raised the need to perform an intervention. The aim of this study was to analyze the process of permanent education in health (EPS) developed by nursing staff for the improvement of systematic assistance to the person with TB at the state prison in the north of Paraná. This is a qualitative study that used the action research methodology as a research strategy. The survey was conducted from October 2014 to February 2015. During this period were held seven workshops EPS through various learning strategies. Three were themed teamwork, acceptance and responsibility. In the other two discussed current aspects of the disease, developed care practice and a new proposal for systematic attention were built by the team. The last two monitored the implanted proposal and corrected flaws. The workshops were taped, transcribed and analyzed. It was also the target of analysis, records from medical records and institutional forms. The data revealed at the beginning of the process, a group of workers conformed to the model of care, blaming arrested for his own healing process. However, as the workshops progressed, the co-responsibility was internalized by the subjects, and the transformation envisaged by the EPS and the action research took place and culminated in the effective implementation of TB care to the detainee's studied prison unit and the desire for a program institutional EPS. Action research articulated to EPS proved to be appropriate in the development of intervention, as generated change practices and become reality.

Key words: Tuberculosis. Professional health education. Prisoners. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Proposta e estratégia para implantação da assistência sistematizada à PPL da PEL.....	43
Quadro 2 – Oficinas realizadas conforme as fases da pesquisa-ação	50
Quadro 3 – Sistematização das oficinas da fase exploratória	51
Quadro 4 – Sistematização das oficinas da fase de pesquisa aprofundada	59
Quadro 5 – Sistematização das oficinas da fase de ação	65
Quadro 6 – Sistematização das oficinas da fase de avaliação	73
Quadro 7 – Comparativo das atividades (antes e depois) instituídas pelo protocolo de assistência à TB em PPL	76

LISTA DE FIGURAS

Fluxo 1 – Fluxograma para rastreamento de tuberculose elaborado na oficina de EPS e adotado pela equipe de enfermagem da PEL.67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP	Agente Penitenciário
BAAR	Bacilos Álcool-Ácido Resistentes
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIDI	Centro Integrado de Doenças Infecciosas
CLSSP	Conselho de Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário
CMP	Complexo Médico Penal
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DISED	Divisão de Segurança e Disciplina
EPS	Educação Permanente em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
LEP	Lei de Execução Penal
LSSP	Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
MRCTB	Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEL	Penitenciária Estadual de Londrina
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPD	Derivado Proteico Purificado
PPL	População Privada de Liberdade
PT	Prova Tuberculínica
SP	Sistema Penitenciário

SPR	Sistema de Informações Penitenciárias
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 JUSTIFICATIVA	25
2 OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E APRENDIZAGEM	31
4 METODOLOGIA	39
4.1 A PESQUISA-AÇÃO	40
4.2 LOCAL DE ESTUDO	42
4.3 OS SUJEITOS DA PESQUISA-AÇÃO	42
4.4 OBTENÇÃO DOS DADOS: AS OFICINAS	43
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 FASE EXPLORATÓRIA	51
5.2 FASE DE PESQUISA APROFUNDADA	59
5.3 FASE DE AÇÃO	64
5.4 FASE DE AVALIAÇÃO	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	93

APÊNDICE A – Transcrição das oficinas 04 e 07	94
APÊNDICE B - Rotina de atendimento para rastreamento da tuberculose	126
APÊNDICE C – Termo de autorização institucional	128
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido	129
ANEXOS	131
ANEXO A – Parecer do comitê de ética da UEL	132

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Desde muito cedo me vi envolvida com livros por estímulo da minha mãe, professora. A estante da sala cheia de livros me encantava. Das enciclopédias eu queria ver as figuras, folhear e ler.

Estudar, aprender e, posteriormente, pesquisar, tornou-se uma grande aventura com a magia da descoberta da leitura. Nesta trajetória fui parar na escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) que a partir de uma metodologia nova, na época, a “problematização”, aguçou-me a curiosidade em buscar mais possibilidades na profissão de enfermagem.

Ao me formar, iniciei a profissão em um hospital de Jaraguá do Sul – SC onde tive a grande oportunidade de trabalhar no serviço de controle de infecção hospitalar. Trabalhar nesta área foi um excelente estímulo à pesquisa: analisar prontuários e exames, preparar cursos e buscar respostas a determinados processos infecciosos me faziam dedicar o tempo aos estudos.

Paralelamente a esta atividade, lecionei para o curso técnico de enfermagem. Estágios e aulas teóricas exigiam, de mim, preparação constante.

Em 2008, a minha vida mudou completamente. Nomeada em um concurso do estado do Paraná para a Secretaria de Saúde e realocada para a Secretaria de Justiça, fui trabalhar em uma Penitenciária em São José dos Pinhais, algo inédito e jamais pensado por mim. Iniciei esta nova jornada com medo, assustada. O que eu poderia esperar desta experiência?

O sistema prisional é peculiar, pois a assistência à saúde muito se diferencia do sistema hospitalar com o qual tive contato anteriormente. Não há médicos em tempo integral, os prisioneiros solicitam atendimento para queixas inexistentes, precisam de medicação, muitas vezes, para utilizarem como “moeda de troca” e o profissional de saúde tem que se equilibrar entre as exigências dos presos, da equipe de segurança e dos seus preceitos éticos e profissionais.

Deparei-me com bons profissionais que muito me ajudaram e com doenças que pouco conhecia: síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), tuberculose (TB), dermatoses e distúrbios mentais, patologias comuns neste meio.

Apesar da boa vontade de profissionais, a falta de organização no trabalho, de políticas de saúde institucionalizadas me incomodavam e me incomodam ainda hoje.

Em cada presídio, o modo como se atende o preso é diferente. Enquanto em algumas unidades permite-se que familiares trouxessem medicações, sem autorização formal, em outras penitenciárias esta prática não é permitida. Soma-se a isto o fato desta política mudar a todo tempo, em uma mesma unidade.

Quando ocorria um diagnóstico de TB, por exemplo, o que faríamos? Nas unidades da região metropolitana de Curitiba, assim que a baciloscopia desse resultado positivo, o preso já era encaminhado ao Complexo Médico Penal (CMP) e só retornava à unidade penal (UP) de origem, após o resultado de baciloscopia negativa.

O CMP era como um conforto para nós, profissionais de saúde, pois, quando não sabíamos ao certo como proceder, era a esta UP que recorriamos. Apesar de não haver um procedimento padronizado, a equipe de lá, de alguma maneira, solucionava o problema.

Em 2012, quando fui transferida para a Penitenciária Estadual de Londrina (PEL), a meu pedido, fui colocada em uma situação bem diferente da unidade de São José dos Pinhais. Aqui eu necessitava trocar informações com Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os serviços de referência, com laboratórios diversos, atividades que em 4 anos de serviço no sistema prisional, eu nunca havia desempenhado. Aqui não havia CMP para me “socorrer”; eu precisei aprender a gerenciar o trabalho de forma diferente.

Neste novo aprendizado, vi a necessidade de padronizar procedimentos. Voltando ao exemplo da TB: aqui diagnosticado, o que será feito? O preso será transferido para o CMP? Como vou garantir o tratamento aqui? Como será a reação dos profissionais da UP?

Este foi apenas um dos muitos questionamentos frente a tantos problemas rotineiros do serviço de saúde. O desejo de aperfeiçoar meus conhecimentos, a curiosidade, a vontade de tornar digna a assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade, a oportunidade proporcionada pelos diretores e pelo curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da UEL

impulsionaram esta jornada com a perspectiva principal de melhorar a qualidade do atendimento prestado a esta população, interromper a cadeia de transmissão da doença e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do preso e da equipe de saúde.

Diante disso, esta dissertação foi organizada trazendo em seu primeiro capítulo a contextualização do problema. O capítulo 1 apresenta aspectos epidemiológicos da TB, seu contexto e magnitude no sistema prisional.

O capítulo 2 traz os objetivos da pesquisa e, o capítulo 3, o referencial teórico contextualizado pela Educação Permanente em Saúde (EPS).

A pesquisa-ação, metodologia escolhida para a pesquisa e o processo metodológico traçado, estão descritos no capítulo 4. Dentre as diversas ações da EPS, optou-se por oficinas com estratégias variadas de aprendizado. Também neste capítulo é feita a descrição de como foram realizadas as análises de resultados, a descrição do público-alvo da pesquisa e os aspectos éticos que permearam a pesquisa.

Os resultados e suas análises estão descritos no capítulo 5 e, o capítulo 6 discorre sobre as considerações finais.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é a segunda causa mundial de mortalidade, depois da imunodeficiência adquirida (AIDS), considerando-se doenças causadas por agentes infecciosos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 9 milhões de pessoas adoeceram de TB em 2013 e 1,5 milhão morreram decorrentes da enfermidade no mundo. Destes óbitos, mais de 95% ocorreram em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos (WHO, 2015), e entre os grupos mais acometidos pela doença está a população privada de liberdade (PPL).

Conforme Parvez (2007), três fatores influenciam a transmissão de TB: a infecciosidade da pessoa doente, o ambiente onde ocorre a exposição e a duração da exposição. A população encarcerada tem maior risco de exposição aos bacilos da TB quando comparada à população em geral. As condições ambientais desfavoráveis como a superlotação e celas mal ventiladas, os longos períodos de encarceramento e a grande mobilidade dos presos entre unidades prisionais favorecem a transmissão da doença (JONES *et al.*, 1999; PARVEZ, 2007). O uso de drogas, a situação socioeconômica precária e a maior prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre os indivíduos encarcerados colocam esta população em situação de vulnerabilidade e facilitam o adoecimento. Para a maioria dos encarcerados, o serviço de saúde da unidade prisional (UP) representa a principal fonte de promoção, intervenção e informações de saúde (PARVEZ, 2007).

A OMS recomenda que as ações para o controle da TB no sistema prisional integrem os serviços de saúde intramuros com os de referência extra penitenciários. Os presos devem ter acesso a estes serviços com suficiência de recursos estruturais, operativos, humanos, materiais e de transporte (WHO, 2007).

Um estudo denominado “O cárcere: problemas e desafios para as Américas”, realizado pela secretaria geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), em parceria com a Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, denuncia que grande parte das prisões do continente americano enfrentam problemas estruturais, orçamentários, sociais, de

políticas públicas e de interação com outras instituições. Há outros fatores complicadores relativos à condição de encarceramento: medidas punitivas em vez de reabilitação e reintegração social, más condições dentro das celas, altas taxas de uso de drogas ilícitas e violência dentro dos presídios, aumento da população carcerária e superlotação dos presídios (DIAZ; HYMAN, 2011).

Os últimos dados consolidados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) revelam que a PPL do Brasil chegou a 607.731 encarcerados em 2014, sendo a 4ª maior população prisional do mundo (BRASIL, 2014).

Conforme dados do Ministério da Saúde (MS), em 2013 a PPL representava 0,3% da população brasileira, no entanto, contribuiu com 7,8% dos casos novos de TB notificados no país. Em 2012, o coeficiente de incidência da doença foi de 936,9/100 mil habitantes nessa população (BRASIL, 2013).

As condições de encarceramento favorecem a transmissão da TB e a alta frequência dos doentes que ingressam no sistema penitenciário favorecem a proliferação da patologia intramuros. Os elevados índices epidemiológicos, com incidência 23 vezes superior à taxa da população geral, conforme dados do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), colocam em situação de risco as comunidades de origem dos presos e, por conseguinte, toda a sociedade livre, fortalecendo a cadeia de transmissão por meio do contato com familiares e servidores do sistema penitenciário (BRASIL, 2010).

Os funcionários do sistema prisional e os visitantes devem ser considerados como parte da população carcerária no que diz respeito à transmissão de doenças infecciosas (DARA *et al*, 2009).

Segundo Oliveira (2014), os que ingressam no sistema penitenciário (SP) são, em geral, provenientes de locais com condições de habitação precárias e ambiente insalubre, onde a prevalência de TB é alta. Outros fatores, como a dependência de álcool, tabaco e outras drogas contribuem para o alto risco de adoecimento. Além disso, a PPL é composta predominantemente por adultos jovens do sexo masculino, grupo em que a TB ocorre de forma majoritária.

Conforme a Resolução nº 07 de 14 de abril de 2003 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), ações mínimas de

prevenção e controle da TB devem ser contempladas no SP, estando calcadas na legislação de saúde e na Lei de Execução Penal (LEP), levando em consideração o Plano de Atenção Básica à Saúde. O CNPCP recomenda treinamento da equipe técnica na execução de tais atividades, atualização constante dos cadastros de pacientes com TB e, no momento do ingresso, avaliação dos presos a fim de receber um diagnóstico de saúde e iniciar a assistência necessária (BRASIL, 2010).

Muitos dos serviços de saúde das UP não são vinculados ao MS, mas ao Ministério da Justiça (MJ), e este fator pode resultar em envolvimento insuficiente da equipe de saúde nas atividades de controle da TB e as atividades assumidas pela equipe da saúde podem competir com os interesses da equipe de segurança (ARROYO; ASTIER, 2003; DARA *et al.* 2009; ZULAIKA *et al.*,2012). Estes autores citam que não há um planejamento das ações de saúde nas UP baseado em uma avaliação das necessidades para determinar os recursos necessários à execução das ações.

O aumento do risco de adoecimento, favorecido pelas condições de encarceramento, a prevalência de alguns agravos e a restrição do acesso aos recursos assistenciais informais causam uma grande demanda por atenção à saúde. As percepções diferenciadas sobre o estado de saúde e suas representações por parte dos detentos, dos agentes penitenciários (AP) e dos profissionais de saúde influenciam, diretamente, na atenção à saúde prestada (DIUANA *et al.*, 2008).

Autores relatam uma hierarquia não oficial existente na PPL, um poder paralelo à administração oficial das prisões (DARA *et al.*, 2009; SANTOS, 2003). Alguns líderes entre os presos, com anuência da equipe de segurança, no intuito de manter a ordem, influenciam um sistema de barganha entre os presos e entre estes e os funcionários. Estas influências podem ser negativas, dificultando ou até impedindo determinadas ações de saúde, ou podem influenciar positivamente nestas ações pelo poder que estes líderes têm de persuadir os outros detentos a aderirem a estas ações (DARA *et al.*, 2009). Os relatos de falta de atendimento por não conseguirem se comunicar com a equipe de saúde são frequentes por parte dos presos na PEL. As solicitações

de atendimento de saúde, que são feitas por comunicação escrita (“bilhetes”), frequentemente não chegam ao setor, o que dificulta o rastreamento do doente.

O estigma da TB como uma doença associada à pobreza e à exclusão social é uma realidade presente nos presídios, tanto entre os presos, quanto entre os profissionais que lá atuam. Ferreira Junior, Oliveira e Marin-Léon (2013) constataram em seu estudo que, de acordo com os detentos, muitos excluem a pessoa com TB. O sentimento de medo é a causa mais comum de estigma na TB, o que poderia inibir o preso na procura pelo serviço de saúde e na adesão ao tratamento. Por outro lado, o fato de colocar em risco os companheiros de cela pode causar uma mobilização dos mesmos para que o preso doente tenha um rápido atendimento de saúde (FERREIRA JUNIOR; OLIVEIRA; MARIN-LÉON, 2013).

As transferências e alvarás de liberdade de detentos podem favorecer a interrupção do tratamento, aumentar o risco de resistência a drogas e perpetuar a transmissão (ABRAHÃO, 2003). Além disso, condições desfavoráveis ao acompanhamento dos pacientes com TB nas penitenciárias e o seguimento inadequado após a libertação prejudicam o controle e a prevenção da TB na sociedade (DARA *et al.*, 2015).

Os fatores que podem influenciar desfavoravelmente os resultados do tratamento da TB nas prisões são:

- Por parte do paciente: desnutrição, uso de drogas, doenças mentais e outras comorbidades, o estigma da doença e outras preocupações como seu julgamento, sua segurança e familiares (CAMPANI *et al.*, 2011; DARA *et al.*, 2009; OROFINO *et al.*, 2012).
- Por parte do serviço de saúde: o atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, o início do tratamento, a pouca integração do serviço de saúde penitenciário com o serviço de referência municipal ou estadual, o suprimento inadequado de medicamentos próprios e o tratamento não supervisionado, a falta de capacitação ou capacitação inadequada dos profissionais que lidam diretamente com o doente (DARA *et al.*, 2009; OLIVEIRA, 2014; PAZ *et al.*, 2012).

O trabalho integrado entre a equipe de segurança, a gerência administrativa e a equipe de saúde intramuros e o serviço de saúde de

referência são fundamentais para a continuidade do tratamento e controle efetivo da TB. Ou seja, para controle da TB é necessário interromper a cadeia de transmissão mediante identificação precoce e tratamento adequado dos casos, conforme normativas do PNCT, contemplado no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). O exame sistemático dos detentos que ingressam na UP é fundamental para a detecção e controle da TB nesta população.

O exame sistemático para rastreamento de TB já é rotina para os que ingressam no SP de muitos países e, conforme recomendações do Conselho de Legislação de Saúde no Sistema Penitenciário (CLSSP), faz-se necessário que esta ação também se torne rotina nas prisões do Brasil, de forma prioritária, conforme recomendações nacionais e internacionais (BRASIL, 2010).

O CLSSP recomenda que os exames de detecção precoce (avaliação clínica, baciloscopia de escarro e raio-x de tórax) sejam realizados até o 7º dia de admissão do interno, assim como deve ser oferecido o teste sorológico de HIV (BRASIL, 2010).

Promover ações por meio de atividades educativas, de sensibilização da PPL e dos profissionais que atuam no SP (AP, assistentes sociais, pedagogos, psicólogos, assistentes administrativos, entre outros) para o controle da TB, além de realizar pesquisas que apontem evidências e que contribuam para o controle da TB, são altamente recomendáveis (DARA *et al.*, 2015).

Estudos corroboram a importância da capacitação profissional para prevenção e controle da TB com a finalidade de interromper a cadeia de transmissão e atingir um dos Objetivos do Milênio que é deter a propagação da doença até 2015 (DARA, 2013; OLIVEIRA, 2014; WHO, 2015).

A OMS recomenda o desenvolvimento de seis principais estratégias para controle da TB, conhecidas como *Stop TB Strategy*:

- a) Expansão e aperfeiçoamento do tratamento diretamente observado (estratégia DOTS);
- b) Enfrentamento da coinfeção TB/HIV e atendimento às populações pobres e aos vulneráveis;
- c) Fortalecimento da Atenção Básica em Saúde;

- d) Envolvimento dos profissionais de saúde;
- e) Incentivo ao doente de TB na criação de vínculos com pessoas e/ou serviços de sua comunidade que possam apoiá-lo no tratamento e
- f) Incentivo à investigação científica (WHO, 2015).

O serviço de saúde da Penitenciária Estadual de Londrina (PEL) vivencia este problema diariamente, visto que a prioridade da unidade é a segurança do preso, dos servidores e visitantes. Os atendimentos de saúde programados são constantemente interrompidos por ordens da Divisão de Segurança e Disciplina (DISED).

1.1 JUSTIFICATIVA

Torna-se preso toda pessoa que infringiu a lei e está recolhido a um estabelecimento prisional sujeito à jurisdição ordinária na forma de condenado ou à espera de julgamento (preso provisório). A esta pessoa foi cerceado o direito de ir e vir e a ela cabe submeter-se à LEP. Conforme esta lei, ao preso são garantidos os direitos não atingidos pela sentença, entre eles os seguintes direitos assistenciais: materiais, à saúde, religiosos, jurídicos, educacional e social (BRASIL, 1984).

A PEL foi fundada em 1994 para abrigar presos condenados. O estabelecimento de segurança máxima conta com serviços de psiquiatria, clínica médica, enfermagem, odontologia, laborterapia, psicologia, assistência social e jurídica, religiosa e educacional.

Conforme divulgação de indicadores de dados consolidados do DEPEN nacional, a população carcerária do Paraná, em 2014, era de aproximadamente 29 mil pessoas, predominantemente do sexo masculino (89,8%), com ensino fundamental incompleto (63%), com faixa etária predominante entre 18 e 24 anos (29%), solteiros (52,7%), na maioria brancos (65,9%) (BRASIL, 2014).

Os dados locais são semelhantes ao estadual, destoando apenas em relação à faixa etária e ao estado civil. A PEL abrigou em 2014, em média, 640 presos, sendo a maioria com ensino fundamental incompleto (62,7%), com

faixa etária predominante entre 25 e 29 anos (27,7%), amasiados (34,4%), um pouco mais da metade brancos (50,4%).

No SP do Paraná, em 2014 a prevalência de TB foi de 143 casos para cada 1000 presos (BRASIL, 2014). Na PEL, neste mesmo ano, foram diagnosticados três casos da doença. Apesar de o número ser baixo, acredita-se que ocorreu uma subnotificação dos casos, pois nem todos que ingressavam no SP passavam pela triagem de saúde, como recomendado na Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário (LSSP). Aponta-se como prováveis causas desta falha o desconhecimento dos profissionais de saúde desta normativa, a desmotivação da equipe de saúde e a falta de sistematização das ações de controle e tratamento da TB, nesta instituição.

As queixas de sintomas de TB são relatadas quase que diariamente, porém, constantemente estes sintomas são ignorados e, quando a coleta de escarro era sugerida, o preso frequentemente se recusava.

Após o resultado positivo da baciloscopia, o preso deve ir com escolta policial até o ambulatório municipal de TB para consulta médica e início do tratamento, o que demorava a ocorrer, pois havia falta frequente de efetivo policial. Outro fato relevante é a consulta mensal no ambulatório do Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI), pois, por sugestão da escolta policial, não era realizada. Conforme relato destes profissionais era uma escolta desnecessária e colocava pessoas em situações de insegurança ao deslocar um preso somente para buscar medicação.

Muitas vezes, após o início do tratamento, o preso era transferido ou saía em liberdade. Nas transferências não havia prejuízos, pois o prontuário e as medicações seguem com o presidiário, porém, em casos de liberdade, frequentemente a equipe de saúde não era avisada, o que podia ocasionar perda da continuidade do tratamento se o detento não estivesse conscientizado sobre sua importância.

O CNPC recomenda que todos os detentos que ingressam no SP sejam examinados e feito o registro em livro exclusivo para esta finalidade. A PEL possui este livro, porém, registravam-se apenas algumas baciloskopias.

A reflexão e análise da situação descrita instigaram-me sobre a necessidade de realização de uma intervenção que pudesse enfrentar o problema em questão, levando-me a formular a seguinte pergunta de estudo:

As ações de controle da TB no sistema prisional, quando realizadas de forma sistematizada, utilizando estratégias que contribuam para a transformação dos atores envolvidos e da realidade local, influenciam positivamente nos resultados das ações de saúde implantadas?

Em busca de respostas à presente indagação, considerando que a PPL tem o direito a uma assistência qualificada de saúde, definiu-se pela intervenção junto à equipe de enfermagem, por meio da sistematização da assistência aos ingressantes e aos portadores de TB no SP. A opção para sensibilização e envolvimento da equipe de enfermagem nesta ação foi a Educação Permanente em Saúde (EPS), entendendo que tanto os usuários, neste caso a PPL, quanto os trabalhadores, são sujeitos desta ação. Assumo neste texto o conceito de sujeito proposto por L'abbate que o considera

[...] uma pessoa em busca da autonomia, disposta a correr riscos, abrir-se ao novo, ao desconhecido e, na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/ profissional/ social diante dos desafios colocados a cada momento (L'ABBATE *apud* L'ABBATE, 2002, p. 272).

Desta forma, adota-se como pressuposto neste estudo que a troca de saberes juntamente com a interação favorece o fortalecimento dos trabalhadores de saúde como sujeitos sociais e proporcionará a tomada de consciência, pois, ao interagir com o pesquisador e com outras pessoas que vivenciam as mesmas situações, as representações desses sujeitos serão reconhecidas ou transformadas. Por fim, ao participarem de uma intervenção educativa estes trabalhadores, por meio de reflexão crítica sobre a realidade inserida, passarão a se questionar sobre suas práticas e a vislumbrar soluções para seus problemas. A construção de conhecimentos individuais e coletivos, a partir dos incômodos do cotidiano, resultará em novas habilidades e atitudes reconstruindo valores e a transformando situações.

OBJETIVOS

2 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de EPS desenvolvido pela equipe de enfermagem para a implantação de assistência sistematizada à pessoa com TB na PEL.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de implantação de uma proposta de sistematização da assistência à pessoa com TB por meio da educação permanente em saúde;
- Monitorar os efeitos da proposta de sistematização da assistência à pessoa com TB implementada pela equipe de saúde junto a pessoas privadas de liberdade.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E APRENDIZAGEM

A Educação Permanente em saúde (EPS) foi escolhida como referencial teórico neste estudo por se constituir em um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, e por permeabilizar as relações entre os sujeitos, possibilitando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no dia a dia desses trabalhadores (CECCIM, 2005a).

A EPS caracteriza-se como estratégia fundamental para as transformações no serviço de saúde, com a finalidade de proporcionar uma reflexão crítica, compromissada e tecnicamente competente. Porém, para que esta ação seja eficaz, é necessário descentralizar e disseminar capacidade pedagógica entre os trabalhadores, gestores, serviços e sistemas de saúde. Esta ação é que possibilita a construção de uma rede-escola no SUS (CECCIM, 2005a).

Motta (2001), antes mesmo da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), definiu EPS como uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços com transformação de valores e conceitos dos profissionais a partir da observação de determinantes sociais e econômicos. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) promove o conceito de EPS desde 1984, por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (QUINTANA, 1994). A EPS surgiu a partir da percepção da OPAS da relação existente entre o planejamento das ações na saúde e o planejamento de recursos humanos da saúde. Atender à demanda de readequação da formação de profissionais da saúde, até então desvinculada da realidade do serviço e à margem das discussões e problemas sociais, foi outra demanda percebida pela OPAS.

No Brasil, em 2003, o MS assumiu o papel de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) para “[...] formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2004a, p. 6). Como proposta, adotou “[...] a educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (BRASIL, 2004a, p. 7).

Em 2003, a partir da Resolução Nº 335 do Conselho Nacional de Saúde, é aprovada a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e, logo após, é instituída a Portaria nº198/GM, de 2004, que criou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004b).

Com o objetivo de redefinir as diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS e adequar-se às diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, em 20 de agosto de 2007 é publicada a Portaria GM/MS nº 1.996 em que a principal modificação no âmbito organizacional foi a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Adstritas aos Colegiados de Gestão Regional passaram a elaborar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde e a desenvolver a política de EPS no âmbito regional. (LIMA *et al*, 2010).

A PNEPS tem como proposta gerar um processo de educação permanente para os trabalhadores, a partir das necessidades de saúde da população e do fortalecimento do SUS e, assim, tornar favorável mudanças na formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009). Esta política coloca o SUS como interlocutor na formulação dos projetos político-pedagógicos de formação dos trabalhadores, com a finalidade de proporcionar práticas condizentes com os princípios do SUS considerando as diretrizes que orientam a criação do sistema: descentralização, universalidade, integralidade e participação social (BRASIL, 2009).

A PNEPS congrega, articula e integra diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde (CECCIM, 2005b).

Conforme Ceccim (2005b, p. 979):

A política de formação e de desenvolvimento para a saúde deixou de ser simplesmente uma proposta do Ministério da Saúde para ser uma política do SUS. Política tem responsabilidade compartilhada de condução e de acompanhamento. Políticas resultam de lutas sociais, da sensibilidade de gestores e da seleção de modos de enfrentar realidades complexas. Políticas são objetos de disputa e, nas trocas de governo, são submetidas à barganha, ao desvirtuamento, à substituição.

As Comissões Permanentes em Saúde já estavam previstas desde a criação da Lei Orgânica de Saúde. Estas comissões integravam os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (lei federal no 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 14) (BRASIL, 1990).

A integração entre o ensino, os serviços, a gestão setorial e o trabalho no SUS deve, simultaneamente, reconhecer a necessidade de disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo as mais recentes abordagens teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas disponíveis. Deve, ainda, inserir a construção de relações e de processos que vão desde o interior das equipes em atuação conjunta de seus agentes e práticas organizacionais, resultando em políticas em que se inscrevem os atos de saúde (CECIM, 2005b).

Para colocar em prática a EPS no SUS necessitou-se de trabalhadores que aprendessem a aprender; práticas cuidadoras; abertura ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde. Para que esta ação ocorresse, debateu-se a formação e a necessidade de gerar atores que tivessem compromisso com um objeto e com a sua transformação em alteridade com os usuários e em composição de coletivos organizados para a produção da saúde (CECCIM, 2005b).

Conforme Albuquerque (2004), a educação em saúde exerce fundamental papel de introdução de novas práticas nos serviços de saúde,

proporcionando uma valorização do saber e facilitando a participação de atores sociais na construção da saúde.

A introdução da EPS

[...] retiraria os trabalhadores da condição de 'recursos (humanos)' e os colocaria como atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (CECCIM, 2005a, p. 163).

A formação dos profissionais de saúde não deve ser centralizada no diagnóstico, cuidado e tratamento de patologias. Deve buscar atender às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, desenvolvendo a autonomia da população na influência de formulação de políticas de saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação, pois a formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho com acolhimento e cuidado às necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações e ter como um dos seus objetivos a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para alguns autores, a EPS caracteriza-se como uma vertente da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos difundidas por Paulo Freire (CECCIM, 2005a; MIRANDA, 2004). Para este educador, ao olhar humano o mundo é uma realidade objetiva passível de ser conhecida e de se relacionar. As relações entre os homens e o meio ambiente guardam em si pluralidade, transcendência, criticidade, consequência e temporalidade (FREIRE, 1967). A pedagogia por ele ensinada propõe uma existência comprometida com a liberdade e o seu método de alfabetização era um ato de criação que produzia uma metodologia que identificava o conteúdo de aprendizagem com o processo de aprendizado (MIRANDA, 2004).

Miranda (2004) relata que, com este método, Freire demonstrou que a alfabetização não era apenas leitura de palavras e sim decodificação do mundo mediada pela problematização, de modo que o educando se tornasse

responsável pelo seu próprio desenvolvimento, com liberdade e autonomia. Este educador influenciou a educação em saúde por meio de conceitos que conduzem a mudanças sociais resultantes da aquisição de conhecimentos relacionados a capacidades discursivas, cognitivas e processuais. Também descreve o aprendizado como um ciclo contínuo de diálogo e ação (REBERTE, 2012).

Freire (1979) considera que o ser humano está submerso em condições espaço-temporais, e quanto mais refletir criticamente sobre sua existência, mais poderá influenciar-se, conscientizar-se e, conseqüentemente, ser livre. Este pressuposto é a base para suas ideias-forças utilizadas na educação e, mais recentemente, na área de saúde.

Baseadas no texto de Freire (1979) expõe-se, resumidamente, as ideias-forças:

1. Toda ação educativa deve ser precedida de uma reflexão e de uma análise do meio de vida concreto do homem a quem queremos ajudar a educar-se. A educação deve considerar a vocação ontológica do homem (vocação de ser sujeito) e o ambiente no qual ele vive no momento. A instrumentação da educação depende da harmonia entre o ser sujeito, o ambiente e as condições particulares desta situação;
2. O homem chega à condição de sujeito por meio da reflexão e integração com o seu meio gerando, assim, comprometimento e construção de si mesmo. Quanto mais refletir sobre sua realidade, mais será capaz de mudá-la;
3. A educação deve resultar em tomada de consciência e atitude crítica com mudança da realidade. O homem reflete e se compromete com o contexto em que vive construindo a si mesmo e, através de relações com outros seres, define o seu sujeito.
4. À medida que o homem se integra com o meio e reflete, obtém respostas aos seus questionamentos e cria cultura. A cultura é a contribuição do homem à natureza, é o resultado de toda atividade humana, do seu trabalho para transformar e estabelecer relações com outros homens;

5. À medida que o homem se cria e se torna autor da própria história, as épocas vão se formando e reformando. Um homem faz história quando compreende um tema e o realiza, quando busca valores inovadores nas atitudes e comportamentos;
6. A educação deve permitir que o homem se construa como pessoa, transforme o mundo, faça cultura e história.

Destas ideias-forças surgiram conceitos que são utilizados na EPS, tais como: liberdade, humanização, conscientização, diálogo, cultura, reflexão crítica e problematização (MIRANDA, 2004). Miranda (2004) discorre sobre a problematização, o diálogo, a liberdade e a conscientização por considerar que estes conceitos são os mais significativos para a área de saúde.

A **problematização** é a ação transformadora e inseparável de ações concretas que implica em reflexão crítica sobre a realidade, produzindo conhecimento e cultura.

O **diálogo** é a condição básica para o conhecimento em que educando e educador são impelidos a desvendar criticamente a realidade e, assim, conhecê-la e recriá-la.

A **liberdade** é algo a ser conquistado permanentemente com a responsabilidade de quem a anseia. É impossível haver educação sem liberdade.

A **conscientização** é o desenvolvimento crítico da tomada de consciência.

Para Miranda (2004, p.634):

Sem o diálogo não existe comunicação e interação. Já o processo pelo qual se chega a uma atitude crítica e reflexiva seria por um percurso problematizador, e qualquer forma de aprendizagem sem liberdade não subsiste.

Os conceitos surgidos a partir das ideias-forças se incorporam à pedagogia da EPS no momento em que o educador reconhece a sua atuação social, histórica, cultural e criativa e passa a utilizar a educação como ferramenta de transformação do seu meio que ocorrerá a partir da aprendizagem significativa.

Moreira (1997) em seu artigo que discorre, entre outros assuntos, a teoria de aprendizagem de David Ausubel, define aprendizagem significativa

como “[...] o processo pelo qual um novo conhecimento se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva (não-literal) à estrutura cognitiva do aprendiz” (MOREIRA, 1997, p. 1).

Para Ausubel, não-arbitrariedade significa dizer que o material potencialmente significativo se relaciona com conhecimentos significativos já existentes na estrutura cognitiva do educando. Conceitos e ideias novas são aprendidos significativamente na medida em que são adicionados à estrutura cognitiva do educando e se “ancoram” aos primeiros. Já o conceito de substantividade relaciona-se ao aprendizado incorporado à estrutura cognitiva que se torna substância do novo conhecimento. (MOREIRA, 1997).

O relacionamento não-arbitrário e substantivo de ideias é simbolicamente expresso a algum aspecto relevante da estrutura de conhecimento do sujeito, isto é, a algum conceito ou proposição que já lhe é significativo e adequado para interagir com a nova informação. Da interação entre não-arbitrário e substantivo é que afloram os significados dos materiais potencialmente significativos e é nessa interação que o conhecimento prévio se modifica pela aquisição de novos significados. (MOREIRA, 1997).

Para que a educação significativa ocorra, devem ser levados em consideração os valores culturais, experiências e a construção da proximidade entre educador e educando. Para que ocorra a prática do ensino, ambos devem ser motivados à pesquisa, trazendo elementos concretos da realidade a esta pesquisa. No momento em que ocorre a troca de valores e saberes entre educador e educando é que ocorre a aprendizagem significativa (FREIRE, 2005).

Outro elemento a ser considerado é a relação entre educando e educador e a metodologia utilizada no processo de aprendizagem. É imprescindível que esta metodologia seja direcionada ao diálogo, discussão de pensamentos, construção do seu próprio conceito/teoria, pesquisas, tudo mediado pelas vivências e experiências de mundo. Sem esquecer que, para que a aprendizagem seja significativa, é necessário também investir nos valores pessoais, na construção do caráter do aluno, despertando o desejo e a autonomia no mesmo de construir o seu próprio processo de aprendizagem (FREIRE, 2005).

Sendo assim, a EPS como caminho formativo e emancipador da assistência qualificada, se apropria da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos atores envolvidos, a partir dos quais se produz conhecimentos que geram mudança (CECCIM; FERLA, 2009).

A EPS considera que “[...] a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente” (LOPES *et al.* 2007, p.149). Em outras palavras, o conhecimento tem sua origem na identificação das necessidades do serviço e/ou do usuário e na busca de solução para os problemas encontrados. A EPS é essencial para a transformação de práticas e o cotidiano do trabalho é peça central no processo educativo. A equipe de enfermagem envolvida neste trabalho são os sujeitos da transformação na assistência prestada ao detento da PEL. No entanto, para que esta ação ocorresse, fez-se necessária a sensibilização dos profissionais para que reconhecessem a necessidade de mudar a realidade da assistência de enfermagem no presídio. Aliada à pesquisa-ação, a EPS tornou-se uma excelente ferramenta metodológica para tal transformação.

Ao mesmo tempo em que proporciona a atualização cotidiana de práticas com suporte teórico, metodológico, científico e tecnológico, a EPS possibilita a construção de relações e processos que partem do interior das equipes em atuação cotidiana, “[...] – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde” (CECCIM, 2005a, p. 161).

Colocar o cotidiano do trabalho em pauta foi “o atrativo” desta pesquisa, pois, a partir de um problema de saúde comum aos presídios brasileiros (a alta frequência de TB) percebido pela equipe de enfermagem da PEL, construiu-se um espaço de aprendizado e reflexão das ações efetuadas no dia a dia dos trabalhadores.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 A PESQUISA-AÇÃO

O estudo foi desenvolvido por meio da pesquisa-ação na abordagem qualitativa, com análise documental e utilização de oficinas de EPS.

Pesquisa-ação é um método de pesquisa que se estabelece em uma estrutura coletiva, participativa e ativa na busca de informação. Pode ser vista como uma estratégia de idealizar e organizar uma pesquisa social de ordem prática e concordante com as exigências da ação e da participação dos atores envolvidos no problema (LOURENÇO JÚNIOR, 2007). Como método, a pesquisa-ação se comporta diferentemente de outros tipos de pesquisas: procura a aquisição do conhecimento durante o processo e a “transformação”, ao invés de se preocupar com a explicação dos fenômenos sociais após seu acontecimento (BRANDÃO, 2007).

As metodologias de pesquisas participativas retratam a insatisfação com os métodos de pesquisa clássicos e, no caso específico da pesquisa-ação, reflete não só a necessidade de envolver diretamente grupos sociais em busca de soluções para seus problemas, mas também de proporcionar maior articulação entre teoria e prática na produção de novos saberes (BARBIER, 2002; CARR; KEMMIS, 2004; EL ANDALOUSSI, 2004; THIOLENT, 2002).

Na América Latina, a pesquisa-ação surgiu entre as décadas de 1960 e 1970 com Paulo Freire, Danilo Streck, entre outros. Preocupados com a participação de grupos sociais excluídos na tomada de decisões para resolução de problemas coletivos, Paulo Freire, por exemplo, descreve a importância da reflexão crítica dos sujeitos sobre suas práticas e da problematização da realidade para seu enfrentamento, evidenciando seus pressupostos teórico-metodológicos na consolidação da pesquisa-ação. Entretanto, foi a partir da década de 1980 que esta modalidade de pesquisa se intensificou no Brasil com as obras de Thiollent e Barbier (TOLEDO, 2013).

Na pesquisa-ação os envolvidos em uma determinada problemática constituem um grupo com objetivos comuns, que assumem papéis diversos, inclusive o de pesquisadores (PIMENTA, 2005). Conforme Tripp (2005), para

que a participação dos sujeitos seja positiva, a proposta deve tratar de assuntos de interesse comum a todos; basear-se em um compromisso compartilhado de realização da pesquisa; permitir que os envolvidos participem de forma ativa e como desejarem; partilhar o controle dos processos da pesquisa; produzir uma relação de custo-benefício igualmente benéfica para todos; e estabelecer procedimentos de inclusão para decisões relativas à justiça entre os participantes.

A participação na pesquisa-ação não pode ser limitada a uma simples divulgação de informações, ou ainda a uma consulta popular. Ela implica uma postura proativa no processo de tomada de decisões para sua verdadeira efetivação. A partir do aprendizado interativo e colaborativo em direção à automobilização e empoderamento, leva à mobilização social e à construção de conhecimentos sobre o tema, oferecendo um processo de aprendizagem mútua e de fortalecimento comunitário (TOLEDO, 2013).

A metodologia da pesquisa-ação é considerada um sistema aberto, pois podem ser tomados diferentes rumos no decorrer do seu desenvolvimento, em função das necessidades encontradas. O ponto de partida é o planejamento, ou fase exploratória, e encerra-se na divulgação de resultados, porém nesta trajetória há uma multiplicidade de caminhos em função das diferentes situações diagnosticadas ao longo do processo (THIOLLENT, 1997).

Conforme Thiollent (1997), o planejamento do desenvolvimento da pesquisa-ação passa por quatro fases:

1. Fase exploratória: a equipe detecta o problema e o tipo de ação possível.
2. Fase de pesquisa aprofundada: o problema é investigado por diversos instrumentos que são discutidos e interpretados pelo grupo.
3. Fase de ação: difusão das ações levantadas, definição de objetivos alcançáveis por meio de ações concretas e apresentação de propostas que poderão ser negociadas.
4. Fase de avaliação: é a fase da observação, de redirecionar o rumo dos acontecimentos e resgatar o conhecimento produzido no decorrer do processo.

Para a adequação da assistência à PPL, no que se refere à prevenção e controle da TB, optou-se pela EPS para alcançar a geração e estruturação do conhecimento, considerando a realidade vivenciada. Por meio da pesquisa-ação foram desenvolvidas oficinas de EPS em que, além de se discutir a problemática (assistência à TB), abordou-se também o trabalho em equipe.

Neste estudo adotou-se a pesquisa-ação como método que possibilitou, ao mesmo tempo, intervir sobre um problema e pesquisar sobre ele, pois

[...] a intencionalidade de construir estratégias educativas que permitam investir em possibilidades de transformação das condições de vida, nas quais crenças, hábitos e comportamentos ganham sentido, demanda aprender, compreender e dialogar com a multiplicidade de aspectos que modulam as crenças, os hábitos e os comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais interagimos (MEYER *et al.* 2006, p.1340).

A aplicabilidade da referida metodologia em estudos na área da saúde é viável quando se objetiva uma aproximação entre o conhecimento tácito e o explícito. Grittem (2008) cita exemplos da utilização desta metodologia no desenvolvimento e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em instituições hospitalares com a pretensão da construção coletiva de mudanças, instrumentos, conceitos e comportamentos. Além destes, áreas em que se almeja o desenvolvimento de educação popular, a pesquisa-ação mostra-se como uma estratégia para suprir as necessidades dos sujeitos e do pesquisador no alcance dos objetivos planejados nas pesquisas.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

As oficinas foram realizadas no interior da Penitenciária Estadual de Londrina, no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015.

4.3 OS SUJEITOS DA PESQUISA-AÇÃO

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa foram os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, totalizando sete

trabalhadores que integram a equipe de enfermagem da PEL e atuam nos períodos diurno e noturno. Um enfermeiro do sexo masculino com menos de seis meses de experiência de trabalho no presídio. Uma enfermeira que desempenha a função na unidade há sete anos. Três técnicos de enfermagem que atuam na unidade há quatro anos e dois há mais de vinte anos. Todos são maiores de 18 anos e, entre os técnicos, três deles são do sexo masculino e dois do sexo feminino.

4.4 OBTENÇÃO DOS DADOS: AS OFICINAS

Para obtenção dos dados, foram realizadas oficinas de EPS inicialmente com um tema predeterminado, sendo propostas questões geradoras de discussões. Caso os sujeitos envolvidos na pesquisa desejassem, estes temas poderiam ser reajustados. As sínteses das atividades desenvolvidas estão apresentadas nos quadros de sistematização das oficinas no capítulo de resultados e discussão.

Para a construção da proposta e de toda a pesquisa, a pesquisadora procurou delimitar o objeto e a metodologia para que se alcançasse um olhar crítico sobre o processo de investigação, de aprendizado e interação e que os mesmos fossem efetivos. No período das oficinas procurou-se, também, atentar-se aos limites de pesquisadora, distanciando-se do papel de supervisora da equipe, com a expectativa de que ocorressem trocas e não imposição de tarefas.

A proposta inicial para a implantação da assistência sistematizada em TB direcionada à PPL está resumida no quadro abaixo.

Quadro 1 – Proposta e estratégia para implantação da assistência sistematizada à PPL da PEL.

Título: Implantação da assistência sistematizada à PPL da PEL

Objetivo geral: Propiciar reflexões coletivas que culminem na implantação sistematizada da assistência de enfermagem relacionada à prevenção e tratamento do detento com TB, na PEL.

Objetivos específicos:

Discutir o papel do profissional de enfermagem no trabalho de saúde em equipe;

Propiciar discussão sobre a importância do vínculo da equipe de saúde com o detento;

Propiciar discussão sobre a importância do vínculo da equipe de saúde com a equipe multiprofissional;

Repensar estratégias para qualificar a assistência de enfermagem;

Implantar um protocolo de ações direcionado a questões da TB.

Conteúdo programático:

O processo saúde/doença.

A subjetividade do trabalhador em saúde e o seu papel profissional.

A história da TB e a história que continuamos a construir.

Instruções do Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil (MRCTB) e da LSSP.

O apoio do ambulatório de TB do CIDI.

O acesso, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a resolutividade da assistência.

Proposta inicial de temas das oficinas de EPS:

Oficina 1 – Trabalho em equipe.

Oficina 2 – Trabalho em equipe (continuação) e aproximando-se da TB.

Oficina 3 - Aprofundando o conhecimento sobre TB: aspectos históricos da TB e MRCTB.

Oficina 4 – Conhecendo a LSSP.

Oficina 5 – Conversando com o ambulatório de TB do CIDI.

Oficina 6 – Construindo o protocolo de assistência ao preso com TB.

Oficina 7 – Avaliação inicial do protocolo.

Oficina 8 – 2ª avaliação do protocolo.

Fonte: a própria autora.

As oficinas de EPS ocorreram dentro do horário de trabalho de acordo com as condições verificadas diariamente pela DISED e com a anuência do diretor. A pesquisadora também foi participante da pesquisa, o que é um dos princípios da pesquisa-ação.

Nos intervalos entre uma oficina e outra, realizou-se observação direta a fim de avaliar se havia mudança nas atitudes dos participantes frente à assistência sistematizada de enfermagem na prevenção e controle da TB.

Outra forma de monitorar os resultados da intervenção foram a observação do Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde, dos prontuários dos prisioneiros com diagnóstico de TB e dos sintomáticos respiratórios e do caderno de registro criado em uma das oficinas intitulado “Protocolo de tuberculose da PEL”.

A pesquisa foi desenvolvida nas seguintes etapas:

- Levantamento dos principais problemas relacionados à assistência à TB;
- Reunião com a equipe de saúde para discussão dos problemas identificados e da proposta de intervenção;
- Detalhamento da proposta de intervenção por meio da EPS e definição dos temas das oficinas;
- Elaboração de cronograma das oficinas;
- Realização das oficinas;
- Monitoramento e avaliação dos resultados preliminares;
- Transcrição e análise dos relatórios das oficinas;
- Apresentação dos resultados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos resultados, as atividades das oficinas foram gravadas com uma filmadora e transcritas, na íntegra. Após o processo de transcrição, foram atribuídos códigos às falas dos profissionais para a manutenção do sigilo. Utilizou-se a letra P (participantes), numerada conforme a ordem alfabética de seus nomes. As transcrições das falas foram realizadas de forma literal, preservando todas as características

possíveis, porém com correção ortográfica e retirada de vícios de linguagem (GIL, 2009).

A partir das transcrições das oficinas elaborou-se um relatório que juntamente com a revisão de prontuários, do Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde e do caderno criado pela equipe, intitulado “Protocolo de tuberculose da PEL”, serviram como base para a análise dos resultados.

Para atingir o objetivo específico de monitorar a implantação da assistência, procedeu-se à análise documental dos prontuários, do caderno do protocolo e do registro do sintomático respiratório com o intuito de buscar anotações sobre sintomáticos respiratórios, baciloscopias e rastreamento de detentos com diagnóstico de TB. Conforme Gil (2009), a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos.

Para que a pesquisa documental seja bem delimitada, deve-se obedecer às seguintes fases (GIL, 2009):

- a) Determinação dos objetivos;
- b) Elaboração do plano de trabalho;
- c) Identificação das fontes;
- d) Localização das fontes e obtenção do material;
- e) Tratamento dos dados;
- f) Confeção das fichas e redação do trabalho;
- g) Construção lógica e redação do trabalho.

Para o mesmo autor, na pesquisa documental, em boa parte dos casos, os documentos não receberam nenhum tipo de análise, sendo considerados, de primeira mão, como foi o caso dos materiais analisados. A análise à qual os documentos foram submetidos estavam de acordo com os objetivos propostos e ao plano de pesquisa.

Os dados dos prontuários, do “protocolo de tuberculose da PEL” e do Registro do Sintomático Respiratório constituíram fontes confiáveis para análise documental e conseguiram ter seus objetivos determinados, plano de trabalho elaborado, fontes identificadas, tratamento de dados e auxiliaram na redação do trabalho, como proposto por Gil (2009).

As oficinas de EPS foram delineadas e analisadas como pesquisa de campo por requererem vários encontros com os mesmos participantes, pela busca de apoio à liderança local, por fornecer aos participantes e à comunidade as informações obtidas e por preservar a identidade dos participantes da pesquisa (GIL, 2009). A análise qualitativa do estudo de campo depende de muitos fatores, tais como: “[...] a natureza dos dados coletados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que nortearam a investigação” (GIL, 2009, p. 133).

Conforme Gil (2009), para análise de dados do estudo de campo, o pesquisador precisa percorrer uma sequência de atividades:

- a) Redução dos dados: consiste em simplificar e transformar as informações obtidas através das observações de campo;
- b) Categorização dos dados: consiste na organização dos dados de maneira que o pesquisador consiga tirar conclusões a partir desta categorização. Para se chegar às categorias é necessária a leitura exhaustiva do relatório de campo e a percepção de conteúdos latentes;
- c) Interpretação dos dados: não basta descrever, é preciso fazer um esforço para ultrapassar estes dados, dando a eles possíveis explicações e levantando novas hipóteses a serem consideradas em trabalhos posteriores;
- d) Redação do relatório: os relatórios não precisam ser padronizados e o pesquisador dispõe de liberdade para apresentar seus resultados.

Este foi o caminho percorrido na análise das oficinas de EPS.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

As oficinas de EPS ocorreram após aprovação e do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) sob o nº 809.861 da Universidade Estadual de Londrina obedecendo às disposições da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Foi solicitado autorização do diretor da UP para realização da pesquisa com os profissionais e os participantes da

pesquisa foram esclarecidos e, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), realizaram-se as oficinas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oficinas de trabalho foram desenvolvidas por meio da EPS em que participaram os integrantes da equipe de enfermagem da PEL. Elas ocorreram com o intuito de discutir a prática desenvolvida na instituição, conhecer as legislações pertinentes, os manuais governamentais e o conhecimento empírico sobre TB e, a partir disto, reorganizar a atenção às pessoas com TB na PEL por meio da elaboração e implantação de um protocolo de assistência à TB. Pretendeu-se, ao final, monitorar os efeitos desse processo de intervenção.

As oficinas ocorriam a cada 15 dias, exceto as oficinas da fase de avaliação que ocorreram com intervalo de um mês entre a oficina seis e sete. A duração média das oficinas era de uma hora e 30 minutos.

Durante o desenvolvimento das oficinas, houve mudança da programação feita inicialmente, sendo realizadas sete oficinas com os seguintes temas demonstradas no quadro 2.

Quadro 2 – Oficinas realizadas conforme as fases da pesquisa-ação.

Fases da pesquisa-ação	Oficinas
Fase exploratória	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina 1– Trabalho em equipe; • Oficina 2 – Trabalho em equipe (continuação) e aproximando-se da TB.
Fase de pesquisa aprofundada	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina 3 - Aprofundando o conhecimento sobre TB: aspectos históricos da doença e MRCTB; • Oficina 4 – Conhecendo a LSSP e construção do protocolo.
Fase de ação	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina 4 – Conhecendo a LSSP e construção do protocolo; • Oficina 5 - Resolvendo conflitos, criando soluções para o trabalho em equipe.
Fase de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina 6 – Avaliação inicial do protocolo; • Oficina 7 – 2ª avaliação do protocolo.

Fonte: a própria autora.

Para fins elucidativos do processo vivenciado, da discussão dos temas à implantação da assistência sistematizada à pessoa com TB, na PEL, apresenta-se a seguir os resultados, seguindo a sistematização da pesquisa-ação proposta por Thiollent (1997).

5.1 FASE EXPLORATÓRIA

Na fase exploratória foram realizadas duas oficinas de EPS com o objetivo de introduzir a temática da assistência de enfermagem relacionada aos cuidados com a TB e discutir as percepções e interações no trabalho em equipe. Para atingir tal objetivo foram utilizadas dinâmicas de grupo, dramatizações, filmes e discussões. A sistematização das oficinas está demonstrada no quadro 3.

Quadro 3 – Sistematização das oficinas da fase exploratória

Oficina	Estratégias	Atividades desenvolvidas
Oficina 1 Trabalho em equipe	Filme	Interação dos sujeitos; Estratégias de motivação da equipe e do detento com TB.
Oficina 2 Trabalho em equipe	Dinâmica do peixe Dramatização	Diferenças entre o trabalho individual e o trabalho em equipe; Acesso, acolhimento, vínculo, resolutividade e responsabilização na assistência; A importância da execução de ações sistematizadas.

Fonte: a própria autora.

Na **primeira oficina** foram discutidos aspectos relacionados ao processo de trabalho em equipe e, na segunda, além de aprofundar a discussão sobre o trabalho em equipe, o tema versou sobre o conhecimento dos trabalhadores

sobre a TB. Esta oficina, intitulada “Trabalho em equipe” teve como objetivo proporcionar reflexões sobre o tema relacionado ao trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem e trazer à tona relações com a equipe multiprofissional da PEL, composta pelo agente penitenciário (AP), assistente social e psicólogo. Também visou desencadear reflexões sobre o cuidado prestado ao detento doente nas dependências da penitenciária.

A primeira oficina ocorreu em outubro de 2014 e contou com a participação de cinco pessoas. Como primeiro trabalho, após leitura e assinatura do TCLE e conhecimento dos objetivos, a metodologia utilizada nas oficinas foi explicitada.

Para o desenvolvimento da oficina, utilizou-se como estratégia a discussão sobre trabalho em equipe, uma das dinâmicas de grupo da “Rede amamenta Brasil: caderno do tutor” (BRASIL, 2009) e o filme “Decisões extremas” (VAUGHAN, 2010) que tinha como enredo um casal com dois filhos que sofriam de uma doença incurável, chamada doença de Pompe. O drama mostrou a luta de um pai para encontrar um meio de salvar os seus filhos, que, apesar de desenganados pelos médicos, não perdeu a esperança.

A partir do filme foi apresentada aos participantes a seguinte questão: Qual foi o resultado da interação das personagens, dos saberes de cada indivíduo?

As respostas que surgiram foram: liderança, trabalho em equipe, humanização, integralidade, fé, confiança, acreditar na cura da doença e necessidade de investimentos financeiros. Estes termos, considerados palavras-chaves, foram transcritos em um cartaz para que fossem retomados no decorrer da oficina.

A partir das respostas dos participantes, estas foram relacionadas à assistência prestada à pessoa com TB, e os mesmos foram incentivados a refletir sobre maneiras de prestar uma assistência de qualidade. Palavras como sensibilização, integração, acreditar e humanização foram novamente ressaltadas. Alguns dizeres demonstram o sentido das intervenções dos participantes:

A tuberculose tem cura, temos que acreditar no tratamento e na cura, há cura e o tratamento tem fim, não é para sempre (P6).

O trabalho em equipe deve focar na conscientização, no cuidado ao paciente [...] (P1).

As palavras “acreditar e confiar” transcritas no cartaz foram novamente destacadas, sendo questionado quais ações poderiam ser desenvolvidas com estas habilidades. Respostas como acreditar no tratamento, conscientizar o paciente e a equipe e o rigor no tratamento, tanto da parte da equipe quanto do detento, foram citados.

Como última questão norteadora da discussão foi perguntado sobre quais estratégias podem ser utilizadas para motivar a equipe e o preso com TB, quanto ao tratamento. As respostas centraram-se no preso e na motivação de outros profissionais, porém, não foi citada a motivação da equipe de enfermagem.

A participação ativa da equipe foi fundamental para o desenvolvimento da oficina e como finalização da atividade foi sugerida uma reflexão individual sobre as maneiras de mudar a realidade do trabalho na equipe de enfermagem da PEL.

A **segunda oficina** aconteceu em outubro de 2014 e deu seguimento às discussões iniciadas no primeiro encontro. Seis participantes fizeram parte deste encontro.

Nesta reunião, o trabalho foi iniciado com uma dinâmica de grupo, a dinâmica do peixe, que tinha como objetivo

[...] vivenciar uma experiência de criação em equipe que promovesse a percepção do fazer em conjunto, da soma das diferenças, guiado por um protocolo de ações (BRASIL, 2009, p. 73).

A dinâmica foi dividida em duas etapas. A primeira, no início da oficina, onde cada participante recebeu uma folha de papel e criou um peixe sozinho, utilizando apenas as mãos, em um determinado tempo. Após a confecção, os peixes de papel foram colados em uma cartolina azul, representando um aquário, fixada na parede.

Encerrada esta primeira etapa da dinâmica, sem explicações do objetivo da mesma, o grupo foi questionado sobre o que se recordavam do encontro anterior. As respostas foram: sensibilização da equipe, motivação, sinais e sintomas da TB, trabalho em equipe. Então os cartazes confeccionados na

oficina anterior foram lidos, sendo destacado que nesta oficina o tema em discussão seria: trabalho em equipe e assistência à TB.

Como segunda atividade deste encontro os participantes foram divididos em grupos, com três integrantes, com a responsabilidade de criarem dramatizações envolvendo um paciente com TB. As dramatizações deveriam envolver os seguintes aspectos: história da TB, acolhimento, orientações, assistência, encaminhamentos, trabalho em equipe. A dramatização não necessariamente precisaria envolver uma situação em presídio.

Após o tempo de criação e montagem da dramatização, os grupos se apresentaram.

O grupo um dramatizou um paciente com sintomas de TB que procurou uma UBS, obteve atendimento, diagnóstico e tratamento, porém com profissionais que não se comunicavam entre si.

O grupo dois dramatizou também um paciente com sintomas de TB que procurou a UBS, porém com profissionais que negligenciaram os sintomas, e, após muitas tentativas, o paciente obteve atendimento, diagnóstico e tratamento.

Quatro cartolinas foram fixadas na parede, cada uma com uma palavra ou frase para nortear a discussão das dramatizações.

Na primeira cartolina constava a palavra abordagem. Os participantes foram questionados sobre como havia sido a postura, o acolhimento e a comunicação dos profissionais na abordagem ao paciente. As respostas destacaram a ausência de comunicação entre os profissionais, o desinteresse em acolher o paciente por parte de uma das equipes, a demora no atendimento e no diagnóstico.

O segundo aspecto discutido foram os elementos biológicos e técnicos demonstrados nas dramatizações. Os participantes citaram os sintomas da TB, a importância da baciloscopia e encaminhamento ao serviço de referência. No terceiro, que tratou dos aspectos culturais e familiares, foram citados:

Tem muito preconceito sobre a doença (P3).

O paciente acaba sendo classificado pelo ambiente que ele vive (P1).

Tem que se lembrar da questão familiar (P1).

O último tópico trabalhado a partir das dramatizações se referiu à capacitação do profissional para atendimento deste paciente e à organização no trabalho. Os grupos colocaram que, apesar de tardio, a baciloscopia foi coletada e, portanto, o profissional de saúde estava capacitado para atendimento deste paciente. Quanto à organização, os participantes relataram que os profissionais das duas dramatizações encaminharam o paciente após diagnóstico para o serviço de referência adequado e deram seguimento ao tratamento.

Esta discussão propiciou, ainda, relatos de situações vividas por participantes da pesquisa, seja no convívio individual ou em experiências profissionais com pessoas com TB.

Como as falas dos participantes denotaram certo conformismo com o atendimento prestado, os mesmos foram questionados quanto ao que poderia ser mudado nas situações dramatizadas para melhorar o atendimento. Essa discussão desencadeou uma problematização do caso apresentado e algumas opções para qualificar a atenção surgiram nas falas, como por exemplo: ouvir mais, não centralizar no médico, descentralizar a solicitação do exame, melhorar a abordagem, importar-se com a queixa do paciente.

O trabalho em saúde depende do desempenho de todos os membros de uma equipe, não só da equipe de enfermagem, que são os sujeitos pesquisados, mas da equipe interdisciplinar. Esta interdependência, válida para um serviço com seus diferentes profissionais e para o serviço de referência, propicia a humanização da atenção ao detento (BRASIL, 2007). As falas que qualificaram a atenção vêm ao encontro de objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH), pois valorizam a escuta, a descentralização e o trabalho em equipe interdisciplinar.

Para fechamento das discussões referentes à dramatização foram questionados se achavam que os profissionais de saúde eram os grandes responsáveis pelo sucesso do tratamento, visto que somos nós que orientamos, diagnosticamos e que detectamos o problema. A esse respeito, a fala de um integrante representa o pensamento da equipe de enfermagem:

Apesar do nosso papel, da nossa função, o responsável pelo tratamento é o paciente, pois é ele quem toma a medicação e depende dele a cura (P5).

Novamente é perceptível que a equipe não se reconhece como parte contextual da assistência em saúde.

Encerrada esta discussão, passou-se para a segunda parte da dinâmica do peixe. A missão agora era construir um peixe, com papel dobradura, em trios, contando com instruções de origami.

Os mesmos trios que fizeram a dramatização receberam uma folha de papel colorido e instruções de origami para fazer o peixe. O 2º trio conseguiu fazer o peixe. O 1º trio não conseguiu. Os peixes, finalizados ou não, foram fixados em uma cartolina ao lado da cartolina com os primeiros trabalhos (peixes feitos individualmente). Foi solicitado que observassem os dois “aquários” e questionados:

1 – Qual a diferença em fazer o peixe sozinho e fazê-lo em grupo, seguindo instruções?

Algumas das respostas foram:

Foi muito mais fácil fazer seguindo as instruções (P3).

O 2º peixe (feito pelos trios) ficou muito mais bonito (P2).

Não achei diferença (P4).

2 – Houve momentos em que foi preciso ouvir o outro e acatar sua opinião para alcançar o objetivo?

A resposta do grupo foi unânime sobre a necessidade de ceder para alcançar o resultado.

Para fechamento da discussão foi apresentado o objetivo da oficina e comentado sobre a necessidade de um trabalho em equipe, o agir em conjunto e seguindo um protocolo, os benefícios advindos destas atitudes, a necessidade de ouvir o outro e acatar as diversas opiniões para uma assistência de saúde de excelência.

As atividades foram finalizadas conforme recomendações do manual da rede amamenta Brasil para esta dinâmica:

Cada peixe deste aquário é uma parte de um todo. É importante perceber que essas partes (peixes) de alguma forma estão interligadas, comunicam-se, interagem e dependem uma das outras para que o aquário tenha vida. Esta é a essência de se trabalhar em equipe. Essa condição favorece o equilíbrio e a conquista de objetivos. [...] é a união de todos que possibilita a construção de um aquário com troca

de conhecimentos e experiências, com respeito às diferenças, buscando a harmonia e o equilíbrio resultante da interação de cada parte e de um protocolo de ações (BRASIL, 2009, p.75).

Nesta fase de aproximação ao tema em foco percebeu-se um grupo colaborativo, porém com a não percepção de uma equipe como integrante do processo e também responsável pelas falhas no tratamento e prevenção da doença, ao responsabilizar o doente pela eficácia do tratamento, como também atribuindo a necessidade de motivação a outros profissionais do sistema prisional. Tal fato tornou-se evidente durante o processo e foi tema da 5ª oficina de educação permanente em que se retomou o assunto.

A percepção do doente pela adesão ou não ao tratamento por parte dos participantes é corroborada por estudos com doentes crônicos que apontam que o sucesso do tratamento é fortemente dependente do comportamento deles (HALLET *apud* WENDLING, 2012). Entretanto, antes de responsabilizar apenas os pacientes pelo seu estado de saúde, é preciso refletir em que medida a equipe de enfermagem está cumprindo seu papel de promotor da saúde e realizando ações descritas nos programas de saúde, como por exemplo, no MRCTB e na LSSP.

Conforme a PNH, é importante tentar produzir corresponsabilidade e não a responsabilidade unilateral, a culpa. A culpa paralisa e gera resistência. Muitas vezes, uma forma inconsciente da equipe de lidar com as limitações do tratamento entra em ação, transferindo o ônus de um possível fracasso para o usuário e ocasionando certo conforto e conformismo para a equipe. Isto deve ser combatido para que os trabalhadores passem a se perceber como copartícipes de mudanças (BRASIL, 2007).

Para Vasconcellos (2002), através da participação, o indivíduo pode assumir a condição de sujeito e não de objeto, sendo a participação o complemento da co-responsabilidade. Para o autor a transformação da realidade é a conquista coletiva de um espaço para o exercício da autonomia. Esta autonomia, porém, é relacional e não deve ser concebida por um trabalho isolado e por uma liberdade ilimitada. A autonomia implica também responsabilidades e comprometimento com as instituições, nesse caso, com a PEL.

Apesar da culpabilização do paciente pela cura, a equipe citou a necessidade de ouvir o preso, salientando que a capacidade de escuta é uma grande ferramenta para o processo terapêutico, sendo capaz de gerar vínculo e corresponsabilidades. A ideia de que toda dor ou tratamento dependem de medicamentos é extremamente difundida, mas não se deve tomar como conceito que apenas a medicação seja a responsável pela cura. “A equipe de saúde deve apostar num conceito de saúde ampliado que inclui também a capacidade de lidar com os limites e revezes da vida da forma mais produtiva possível”. (BRASIL, 2007, p. 25).

Conforme Fortes e Zoboli (2003), frequentemente o paciente que vive em condições adversas (como é o caso dos detentos), é culpabilizado por não ter tomado as devidas precauções relativas à sua saúde e, embora esta culpabilização seja eventualmente compreensível, não encontra justificativa lógica.

Atualmente os servidores de saúde, além de lidarem com as doenças, ocupam o lugar de guardiões/zeladores da saúde e, como reflexo, surgem mecanismos de culpabilização da vítima ou outras formas de condenação para aqueles que não seguiram os preceitos e as restrições para garantir a saúde, o que inevitavelmente colabora para a sustentação da atmosfera contemporânea de medo e insegurança (CASTIEL, 1999). Para Pearce (1996, p. 679):

[...] esta visão culpabiliza a vítima, descontextualiza comportamentos de risco, poucas vezes avalia a contribuição relativa de fatores genéticos não-modificáveis e fatores sócio-comportamentais modificáveis e produz intervenções que podem ser danosas.

As dinâmicas de grupo apresentaram-se como estratégia adequada para se atingir esta primeira fase, pois conseguiram criar um espaço para trabalhar e aceitar desconfianças, temores e conflitos de maneira alternativa por meio de experiências reconstrutivas que minimizassem ofensas e desenvolvessem a interação entre os sujeitos da pesquisa. Conforme Pilon (1987, p. 348):

Essa reconstrução implica o desenvolvimento de um clima de confiança mútua, em que todas as cartas possam ser colocadas na mesa, onde as fórmulas de cortesia ou de ataque-e-defesa possam ser substituídas pela genuína consideração pelo outro, pelo compartilhamento de pensamentos, sentimentos e ações, pela adesão a uma tarefa

comum gerada pelo próprio grupo em direção ao seu autoconhecimento.

Nas apresentações, percebeu-se a similaridade com o cotidiano da instituição, ou seja, descoberta de procedimentos antes não conhecidos e engajamento dos participantes na realização da atividade. Esta percepção vem ao encontro dos pressupostos da pesquisa-ação e também da EPS que coloca o cotidiano do trabalho em evidência, construindo espaços coletivos para reflexão das ações executadas nos serviços de saúde.

Os sujeitos levaram em consideração os seus valores culturais, experiências e a proximidade entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa. Neste momento ocorreu a aprendizagem significativa, ou seja, houve a troca de valores e saberes entre educador e educando (FREIRE, 2005).

5.2 FASE DE PESQUISA APROFUNDADA

Para esta fase, partiu-se da exposição do conhecimento dos sujeitos da pesquisa por meio de dramatizações de situações fictícias envolvendo o tema e relatos de experiências vividas no trabalho, com familiares e colegas, indo até a exploração do MRCTB e da LSSP. A sistematização das oficinas desta fase está demonstrada no Quadro 4.

Quadro 4 – Sistematização das oficinas na fase de pesquisa aprofundada.

Oficina	Estratégias	Atividades desenvolvidas
Oficina 3 - Aprofundando o conhecimento sobre a TB	Vídeo – palestra TB Discussão – MRCTB	Aspectos históricos da TB; Detecção dos casos; Diagnóstico clínico e epidemiológico; Exames diagnósticos; Tratamento; Controle dos contatos; Medidas preventivas.
Oficina 4 - LSSP e elaboração do protocolo	Aula expositiva	Recomendações da LSSP.

Fonte: a própria autora.

A **terceira oficina** de EPS deu início ao aprofundamento da temática TB. Esta oficina objetivou reconhecer as prerrogativas do MRCTB.

Com o título “Aprofundando o conhecimento sobre TB”, o encontro contou com a participação de todos os sujeitos da pesquisa e teve a duração de duas horas.

Iniciou-se a reunião com a apresentação do vídeo “Palestra - Tuberculose” (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, 2012) que explorou aspectos históricos da TB, a institucionalização do tratamento na década de 1960 e sua evolução até os dias atuais; dados epidemiológicos; processo de transmissão; sintomas; fisiopatologia; imagens radiológicas.

Após a apresentação do vídeo, textos curtos (de 2 ou 3 páginas) extraídos do MRCTB foram distribuídos aos participantes para leitura e posterior sistematização dos tópicos. Cada participante recebeu um ou dois textos com um dos tópicos:

- Detecção dos casos
- Diagnóstico clínico e epidemiológico
- Diagnóstico bacteriológico
- Tratamento
- Controle dos contatos
- Tratamento preventivo
- Medidas para reduzir a transmissão
- Medidas de proteção individual.

Após a leitura, os participantes foram incentivados a passar pontos de interesse para a cartolina para posterior apresentação e discussão em grupo.

Apresentações foram organizadas e o leitor de cada tema também se tornou o apresentador. Nas apresentações, alguns com mais desenvoltura do que outros, percebeu-se a correlação da TB com o cotidiano da instituição, a descoberta de procedimentos antes não conhecidos e o engajamento dos participantes na realização da atividade.

A EPS aposta na formação dos profissionais como parte de um projeto de transformação, com mudanças na forma de compreender a educação e a construção de saberes. Desta maneira, a EPS defende a urgente mudança da

lógica ainda presente nas instituições formadoras, com o intuito de promover uma rede de saberes entre os vários campos de conhecimento e suprimir a dicotomia entre teoria e prática. Os sujeitos da pesquisa demonstraram efetivamente a integração teoria e prática ao apresentarem e discutirem os temas propostos, refletindo como se dão na prática da instituição. Ou seja, a EPS permitiu que a equipe refletisse acerca de suas experiências vividas nos serviços de saúde, estabelecendo nexos da teoria com a realidade vivenciada, possibilitando que suas ações pudessem ser transformadas e realizadas a partir do processo prática-reflexão-práxis (PINTO *et al.*, 2012).

A **quarta oficina**, “Legislação da saúde no sistema penitenciário (LSSP) e elaboração do protocolo”, teve como principal meta a construção de uma proposta sistematizada de atendimento ao preso com TB, elencando atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. A reunião ocorreu em novembro de 2014 e contou com seis participantes.

Como na oficina anterior já havia sido explorado o MRCTB, nesta oficina estudou-se a LSSP para complementação e construção da assistência sistematizada. Antes da apresentação por projeção em *power point* das normativas contidas na LSSP, construiu-se um cartaz da rotina de atendimento ao preso com TB na PEL para, após a apresentação, serem discutidas as diferenças e, se necessário, esquematizar uma nova rotina de atendimento. Os cartazes tinham como título: “rotina atual de atendimento” e “protocolo de atendimento ideal”.

Nas falas a respeito do fluxo atual, destacaram-se:

- O acolhimento ao preso no momento da triagem:

A gente faz um questionário perguntando se ele tem alguma patologia existente... (P3).

No momento (na triagem) eu pergunto a queixa atual (P6).

- A desvalorização da queixa do preso:

[...] falou que tem tosse eu meio que ignoro, pois tosse todo mundo diz que tem (P6).

- A negligência com a doença:

Eu ofereço o teste rápido, mas de tuberculose eu nem lembro. Pergunto se teve, se não, eu já deixo de lado (P3).

[...] é assim: eles começam a mandar bilhetes todos os dias. Ah, porque eu estou com tosse, estou escarrando sangue. Na verdade, não é que estão escarrando sangue, é que a tosse é seca e irrita as vias aéreas o que acaba machucando e sangrando (P5).

- A coleta do escarro e diagnóstico:

Se ele é sintomático, a gente tem que orientar a coleta de escarro (P6).

Já colhe, pois às vezes quando passa pelo médico, já tem o resultado (P3).

- A relação com o serviço de referência, o CIDI:

E no caso de 'sim', os casos que colhemos baciloscopia e deu positivo, qual é a primeira coisa que a gente faz? (P7).

Agenda consulta com o CIDI (P6).

- O tratamento supervisionado:

A gente tem que ver o preso tomar a medicação, mas nem sempre fazemos isto (P1).

- Coletas sequenciais de escarro:

[...] após o diagnóstico, antes a gente coletava nova amostra em 15 dias, agora eu já não sei mais (P2).

- Questões relativas ao isolamento:

[...] se vai ter esta resposta da baciloscopia negativa dentro de um mês, o isolamento vai ser de um mês, não é? (P5).

O isolamento será de um mês teoricamente, até 2 meses (P3).

Isola-se somente o preso ou a cela toda? (P6).

- No momento da alta do tratamento:

Na última consulta ele faz raio-x, colhe escarro e pronto, está liberado (P3).

[...] ele volta com o cartãozinho de consulta escrito: alta (P5).

De acordo com as falas, percebe-se um conhecimento parcial das práticas recomendadas pelo PNCT. Porém, em alguns momentos, os sujeitos reconhecem ignorar as recomendações do programa ou desconhecer estas orientações.

Conforme já apresentado, estes comportamentos eram vivenciados na instituição, percebidos pelos trabalhadores de enfermagem como uma prática

aceitável. Estas oficinas oportunizaram colocar estas práticas sob análise, possibilitando aos trabalhadores refletirem sobre o resultado de suas ações e a necessidade de mudança de práticas.

O conformismo discutido na fase exploratória dá lugar à reflexão sobre as práticas em saúde. Considerando que a EPS é um instrumento que promove a reflexão sobre o trabalho cotidiano e reconhecimento dos problemas vivenciados, utilizou-se desta estratégia para promover a aprendizagem, ancorada nos conhecimentos pré-existentes, e a partir daí despertar na equipe a necessidade de implementar mudanças no processo de trabalho, nas práticas em saúde.

Quando a EPS se tornou política pública nacional trouxe com ela novos aspectos consolidados por três vertentes teóricas. A primeira, relacionada diretamente a Paulo Freire, de onde parte a ideia da aprendizagem significativa; a segunda, pelo movimento institucionalista da Educação de René Lourau e George Lapassade, que identificou a efetividade da educação por intermédio da reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar e a terceira, por reconstruções do modelo pedagógico na educação em serviços de saúde (CECCIM, 2005a). Estas três vertentes basearam a construção do conceito de educação permanente em saúde adotado pela PNEPS conceituada como uma “[...] ação estratégica que prevê que a transformação das práticas esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais” (BRASIL, 2004, p.10).

A aprendizagem significativa refere-se a uma pedagogia que propõe ao profissional um papel mais ativo no processo de saúde, potencialmente mais significativo e relacionado com a experiência prévia do sujeito, contrapondo-se aos modelos tradicionais (PINTO *et al* 2012). Compreende-se, desta forma, que para o profissional de saúde da PEL, considerado como articulador do processo de mudanças das práticas de saúde de tal unidade, a aprendizagem significativa tenha propiciado a consolidação da equipe como atores políticos responsáveis pelo processo de mudança. Durante as oficinas observou-se que os profissionais buscaram novos sentidos, produzindo um modelo de assistência nova. Este novo não movimentava somente o usuário, ou a equipe, mas o espaço onde a saúde se produz.

Para Freire, a aprendizagem de novos sentidos buscava a inserção do educando e do educador na vida cotidiana de ambos no processo de aprendizagem. Este aprendizado trazia cultura e, conseqüentemente, significado social, fazendo com que o educando tomasse consciência do mundo vivido. A partir da tomada de consciência, ocorria a problematização que, segundo o autor, proporcionava a busca da transformação de uma visão, inicialmente mágica, para uma visão crítica em idas e vindas, do concreto para o abstrato e do abstrato para o concreto. Nestas idas e vindas, ao voltar ao concreto, ocorria a descoberta de limites e possibilidades que resultava em uma educação libertadora com conseqüente práxis (ação e reflexão) transformadora (FREIRE, 2002).

Segundo a perspectiva de Freire, os educandos devem ser reconhecidos como sujeitos produtivos que possuem cultura, e o educador deve estar comprometido com a transformação social dos educandos (FREIRE, 2002). A pesquisa-ação, de certa forma, em sua estratégia também pressupõe que para o seu desenvolvimento haja o envolvimento de todos os participantes (pesquisadores e pesquisados) e que através de um problema cotidiano, transformem uma realidade social (BRANDÃO, 2007; LOURENÇO JÚNIOR, 2007; THIOLENT, 2005).

Os sujeitos da pesquisa, a partir dos conhecimentos adquiridos em suas vidas cotidianas às implicações da questão da TB, tomaram consciência do problema, descobriram seus limites e possibilidades para assistir o detento com TB, o que levou à construção do protocolo de assistência que culminaria na transformação desta assistência, como será descrito nas próximas fases.

5.3 FASE DE AÇÃO

A fase da ação foi desenvolvida por meio de duas oficinas de EPS, ou melhor, parte da oficina quatro e a oficina cinco (quadro 5), e por meio desta fase se elaborou uma nova proposta de atendimento sistematizado ao preso com suspeita ou diagnóstico de TB. Também nesta fase foi retomado o tema “trabalho em equipe”, pois se considerou fundamental discutir o processo de

trabalho em equipe e as responsabilidades que seriam assumidas pelos trabalhadores com a proposta a ser implementada.

Quadro 5 – Sistematização das oficinas da fase de ação.

Oficina	Estratégias	Atividades desenvolvidas
Oficina 4 LSSP e construção do protocolo de atendimento	Discussão em grupo	Construção do protocolo.
Oficina 5 Gerenciando conflitos, criando soluções para o trabalho em equipe	Dinâmica de grupo	Estratégias para resolução de conflitos; Fortalecimento de vínculo entre os sujeitos.

Fonte: a própria autora.

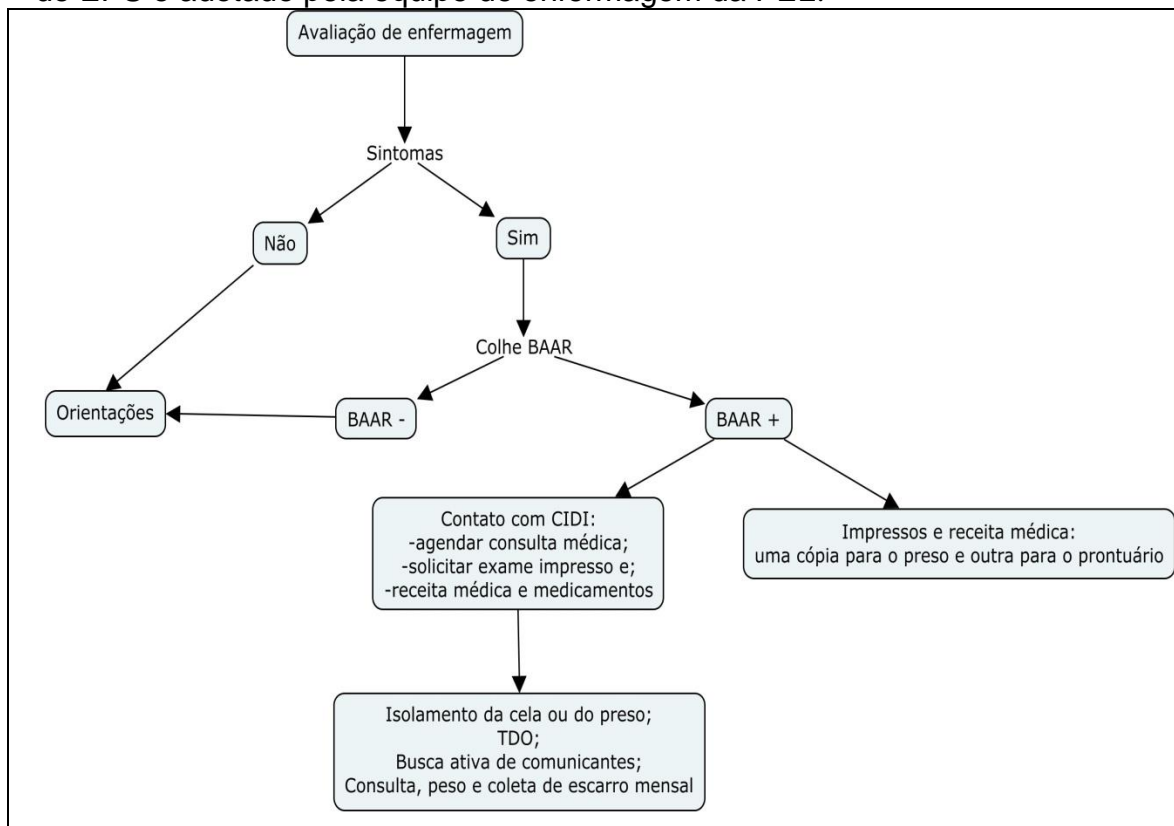
A partir das normas da LSSP e das recomendações do MRCTB, os participantes discutiram como desenvolviam cada atividade, as diferenças em relação ao que estava proposto nos manuais e as mudanças necessárias para qualificar o atendimento. A partir disso foi construída a nova proposta de assistência sistematizada de rastreamento e atendimento aos presos com TB a ser implantada na unidade, adaptada à realidade local.

A partir da pesquisa aprofundada da LSSP e do MRCTB, estabeleceu-se uma rotina de rastreamento e atendimento ao preso com TB (apêndice B). As rotinas alteradas foram as seguintes:

- Triagem do preso até sete dias após seu ingresso na UP.
- Pesagem do preso na triagem e após o retorno da consulta mensal no CIDI.
- Entrega ao preso, após a primeira consulta no CIDI, cópia do exame de baciloscopia, cópia do cartão de atendimento do CIDI, receita médica, raio-x, documento que conste data de início e data de previsão do término do tratamento.
- Criação de um caderno específico com dados dos presos com TB onde conste filiação, data de início e previsão de término do tratamento.
- Estabelecimento de rotinas (apêndice B) e fluxos de atendimento.

- Oferta de teste rápido para HIV, sífilis, hepatite B e C a todos os presos.
 - Solicitação de escolta policial para que o preso compareça à consulta no ambulatório de TB do CIDI, mensalmente.
 - Busca de comunicantes.
 - Tratamento diretamente observado (TDO): o grupo decidiu que os técnicos de enfermagem do período noturno, que já são os responsáveis por entregar as medicações aos presos, se empenhariam em entregar e observar a ingesta medicamentosa do preso.
 - Registro de coleta de escarro no Registro do Sintomático Respiratório: o profissional que coletar a amostra laboratorial ficará responsável por realizar este registro.
 - Isolamento do preso com diagnóstico de TB juntamente com os outros alojados na cela até que a baciloscopia tenha resultado negativo (geralmente 30 dias).
 - Isolamento do preso com diagnóstico de TB pelo período de 15 dias após sua entrada na unidade penal.
 - Busca ativa do sintomático respiratório.
 - Anotações de enfermagem.
 - Envio do prontuário do preso para outra UP em caso de transferência.
- O fluxo estabelecido está representado a seguir.

Figura 1 – Fluxograma para rastreamento de tuberculose elaborado na oficina de EPS e adotado pela equipe de enfermagem da PEL.



Fonte: autoria própria.

O fluxo elaborado pela equipe marca o início do desenvolvimento de ações que permitem quebrar a cadeia de transmissão da TB.

Cabe destacar que a equipe reconheceu que a triagem ocorria somente quando os presos eram encaminhados pela equipe de segurança e de maneira aleatória; o TDO nem sempre ocorria; na maioria das vezes, o tuberculostático era deixado para que os agentes penitenciários entregassem ao preso.

O isolamento do preso foi uma das questões de maior debate entre o grupo devido a várias interpretações do que está descrito na LSSP e no MRCTB, porém, em comum acordo, decidiu-se por adaptar.

Para o desenvolvimento de ações foram pactuadas ações específicas para cada trabalhador da equipe e de quem seria seu substituto em caso de licenças, atestados ou férias.

O aspecto mais relevante desta fase foi a execução da ação, da prática, onde se percebeu o desejo da maioria da equipe em mudar a realidade na

instituição. O cuidado com a avaliação inicial dos ingressantes foi, sem dúvida, a ação proposta com maior ênfase pela equipe.

As atribuições foram divididas e nomeados responsáveis pela execução das mesmas, almejando maior efetividade nas ações.

Esta fase propiciou a geração e troca de saberes e incentivou a equipe a transformar ações desorganizadas em práticas sistematizadas em que cada sujeito se responsabilizou pelas ações despertando a corresponsabilidade na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

A criação de uma missão clara e atrativa motivou a equipe e a tornou mais coesa, com um objetivo único: construir um protocolo de ações. Este objetivo bem estabelecido auxiliou a equipe a persistir diante dos obstáculos que foram percebidos ao se colocar em prática o plano de ação, discutidos na fase de monitoramento.

A fase da ação, com certeza, foi a que propiciou maior mobilização dos envolvidos, pois foram colocados em prática o conhecimento teórico e as experiências anteriores para transformar o atendimento ao detento. Porém, neste período ressurgiu uma necessidade já trabalhada na primeira fase: as adversidades do trabalho em equipe e as responsabilidades de cada integrante. Para estimular a reflexão dos trabalhadores como sujeitos transformadores de ações desorganizadas para uma assistência sistematizada, bem equipe, optou-se por uma oficina de EPS para discutir o assunto.

Este retorno já era previsível. Para Thiollent (2005, p. 51) existe um “[...] vaivém entre as várias preocupações a serem adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores no seu relacionamento com a situação investigada[...]” o que torna a pesquisa-ação um processo muito flexível.

A **quinta oficina**: “Resolvendo conflitos, criando soluções para o trabalho em equipe” contou com a presença de cinco participantes, sendo a primeira participação de um deles que passou a integrar o quadro de profissionais da PEL. Este encontro ocorreu em dezembro de 2014.

Com os participantes em pé, dispostos em um círculo, foi solicitado um breve relato individual sobre acontecimentos pessoais e profissionais ocorridos em 2014. Alguns relataram conquistas financeiras e pessoais, a segregação

entre os profissionais da saúde que trabalham no período diurno com os que trabalham à noite, a satisfação com as oficinas de EPS. Comentários em relação à segregação no trabalho:

[...] fica aquela facção... O pessoal da noite e o pessoal do dia. No caso, eu e o P1 nos conhecemos há muito tempo, mas os demais [...] (P3).

Fala que demonstra a satisfação com as oficinas de EPS:

Aconteceram estas oficinas que não tinham e faz tempo que não tem. Na verdade, mais de 10 anos que não tem oficina nenhuma, então, de certa forma, é uma maneira de reciclar, atualizar o pessoal e nos aproximar. Conhecer todo mundo (P1).

Após esta abordagem preliminar, iniciou-se a “dinâmica do presente” com o objetivo de melhorar a integração e motivar a equipe através do reconhecimento de virtudes e competências de cada um dos membros da equipe com o intuito de motivar os outros a desenvolverem estas qualidades.

Com uma caixa de chocolates embrulhada para presente, uma mensagem de iniciação com um adjetivo foi lida e entregue um presente para um dos participantes com outra mensagem para que o participante identificasse esta característica em um dos membros e entregasse a este, e assim, até acabarem os textos. O último a ser contemplado ficaria com a responsabilidade de abrir o presente e dividir os chocolates.

As qualidades contidas no texto eram: confraternização, organização, felicidade, otimismo, motivação, extrovertido, timidez, inteligência, gentileza, prestativo, dinâmico, simpatia, liderança, solidariedade e paz. Esta dinâmica descontraiu o grupo e resultou em elogios uns aos outros.

De uma situação confortável, a dinâmica anterior, partiu-se para uma dinâmica situacional objetivando a resolução de conflitos. A “dinâmica da caneta na garrafa” com o objetivo de trabalhar a integração, independência e sinergia nas relações de trabalho propôs ao grupo o desafio de colocar uma caneta dentro da garrafa, obedecendo às regras: com cordões amarrados na cintura esticados, sem poder

bambear. Duas pessoas do grupo ficaram vendadas e duas não poderiam falar, apenas gesticular. Caso alguém descumprisse as regras, teria o seu cordão cortado e seria retirado do grupo.

Em uma primeira etapa, após dificuldades, o grupo conseguiu colocar a caneta dentro da garrafa.

Na segunda etapa da prova, o grupo teve a oportunidade de montar estratégias para facilitar o desafio. Escolheram apenas uma ação, ou seja, quem apenas poderia gesticular, bater a palma quando chegasse próximo à garrafa.

Mesmo com a estratégia, a equipe não conseguiu completar o desafio. Em um clima de descontração, os participantes comentaram que não estavam em sintonia e que não conseguiram cumprir as regras propostas.

O grupo foi questionado sobre as dificuldades para atingir o objetivo e quais as prováveis causas de não terem cumprido a meta na segunda tentativa. Os participantes relataram que a falta de comunicação verbal, desatenção para realizar a tarefa proposta, organização e liderança foram fatores determinantes para o fracasso na segunda etapa da atividade, mesmo com estratégias colocadas. As falas dos participantes resumiram as dificuldades:

Eu acho que, aqui no meu objetivo tem que ter comunicação. Quando não se tem comunicação, dificulta-se a concentração (P1).

[...] mas existiu uma comunicação. Nós combinamos uma forma de comunicação. Nós apenas não cumprimos, não houve organização [...] (P2).

O grupo foi indagado sobre o significado da pessoa cega na dinâmica e as respostas centraram-se sobre a necessidade de liderança. Outro questionamento foi sobre a sensação de serem cortados do grupo e as respostas se relacionaram a um sentimento de fracasso e negatividade.

Os participantes concluíram a experiência da seguinte forma:

[...] se houvesse empenho, concentração, comunicação efetiva conseguiríamos cumprir a meta (P2).

Nós podemos fazer um serviço bem feito, mas temos que andar coordenados e cooperando de maneira correta. Não adianta nada se não houver trabalho em equipe (P1).

A dinâmica foi comparada ao desafio de implantação da assistência sistematizada ao preso com TB no qual nos momentos em que se depara com algo novo, há um desafio. Desafio este que podem ser limitações próprias, com o trabalho do outro, com o paciente ou com o serviço de referência. O trabalho em equipe é fundamental para a superação das adversidades.

A última atividade desta oficina foi a dinâmica de grupo “defendendo o seu sonho” com o objetivo de proporcionar uma reflexão pessoal que para defender um sonho não é preciso destruir o sonho de outrem (EBD BRASIL, 2011).

Os participantes receberam bexiga, papel e caneta. Cada participante escreveu um desejo e colocou dentro da bexiga e, com as bexigas cheias e canetas em mãos, que serviam como espetos, foi ordenado que defendessem os seus sonhos. O que ocorreu foi justamente o previsto pela dinâmica: os participantes buscaram estourar as bexigas dos outros. Um participante não teve a bexiga estourada.

Perguntou-se ao grupo: “Por que vocês destruíram os sonhos dos outros? ”.

Os participantes demonstraram não ter uma resposta concisa e até se surpreenderam com o questionamento. Alguns responderam que foi uma reação à ameaça alheia e que não intencionaram atrapalhar “o sonho” do outro.

Esta oficina procurou demonstrar e despertar as qualidades dos participantes e também deixar clara a necessidade de organização, cooperação e planejamento para execução das atividades, elementos fundamentais para o trabalho em equipe.

Conforme Fortuna (2005, p. 267):

Falar de trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso. É falar de pessoas em relação, que terão momentos de conflitos e que esses não são ‘negativos’, ‘ruins’, ou algo a ser evitado, mas são inerentes as relações, são possibilidades de crescimento, se forem trabalhados.

Ainda conforme a mesma autora, uma equipe não é formada apenas por trabalhadores que convivem algumas horas diárias em um mesmo estabelecimento de saúde. Ela precisa ser construída permanentemente e entendida como uma estrutura em constante desestruturação/reestruturação (FORTUNA, 2005). Esta oficina trabalhou o relacionamento entre os sujeitos, os seus conflitos e suas potencialidades que são elementos chaves para o crescimento da equipe.

As oficinas não foram espaços apenas para que uma pessoa da equipe distribuísse tarefas às outras e esta oficina demonstrou isto. Foi um espaço de diálogo e para que isto ocorresse, foi preciso criar um clima em que todos tivessem direito à voz e à opinião. Como vivemos numa sociedade autoritária em que é comum que uns estejam acostumados a mandar e outros a obedecer e, sendo a pesquisadora a enfermeira responsável pela equipe, o cuidado para que as oficinas não se configurassem apenas como reuniões mandatórias foi redobrado.

Para esta oficina, que tratou de um problema relacionado ao trabalho em si, houve um cuidado especial em criar um clima fraterno de troca de opiniões (inclusive críticas) a fim de que o resultado final da pesquisa não se tornasse apenas a concretização de um desejo da pesquisadora, mas também a realização de um anseio de toda a equipe de enfermagem da unidade.

Conforme Cunha (2015), para que se consiga quebrar a cadeia de transmissão da TB, faz-se necessário o estabelecimento do vínculo profissional. O autor salienta que para evitar a ocorrência de novas infecções e controlar a doença, é fundamental realizar diagnóstico precoce e tratamento imediato dos casos bacilíferos e que a concreta efetivação das ações propostas e o estabelecimento de um vínculo profissional pela equipe configuram um cenário favorável ao controle da doença. Conclui-se que o efetivo controle da TB requer a continuidade do desenvolvimento das ações propostas no novo protocolo da instituição e que o mesmo seja reavaliado a médio e longo prazo.

Este vínculo profissional foi se estabelecendo no decorrer do processo, porém, enfraqueceu-se, especialmente na fase de ação, e algumas causas podem ser apontadas: a proximidade com o final do ano em que se percebe

uma lentidão maior nas atividades realizadas no presídio, férias de servidores e feriados. Entretanto, este vínculo fortaleceu-se posteriormente, como será relatado na próxima fase.

5.4 FASE DE AVALIAÇÃO

Após o estabelecimento de uma rotina de atendimento, optou-se por fazer uma pausa de um mês entre uma oficina e outra para melhor avaliação do desenvolvimento das ações. Ocorreram duas reuniões de avaliação com intervalos mensais. O quadro 6 apresenta a sistematização das oficinas desta fase.

Quadro 6 – Sistematização das oficinas da fase de avaliação.

Oficina	Estratégias	Atividades desenvolvidas
Oficina 6 Avaliando resultados	Dinâmica de grupo. Discussão em grupo	Transferência de responsabilidades; Discussão das atividades do protocolo.
Oficina 7 2ª avaliação do protocolo	Discussão em grupo	Discussão das atividades do protocolo.

Fonte: a própria autora.

A primeira oficina da fase de avaliação, ou seja, a **sexta oficina**, ocorreu em janeiro de 2015, em uma reunião intitulada “Avaliando resultados” que contou com a participação de todos os sujeitos da pesquisa.

Durante o período de ação, participantes queixaram-se da transferência de responsabilidades nas ações propostas, portanto, como estratégia de estimular a equipe à percepção da falha, retomou-se a questão do trabalho em equipe. Para isto foi proposto a dinâmica em

grupo “Não deixe o balão cair”, com o objetivo de mostrar a importância do trabalho em equipe.

Com balões cheios de ar, a missão era mantê-los no ar, sem deixar que caíssem. Periodicamente, um participante seria retirado do grupo e os demais deveriam tomar conta das bexigas que seriam agora em maior número, até que restasse apenas um participante e todas as bexigas.

Iniciou-se a dinâmica e, aos poucos, os participantes foram sendo retirados. Como já esperado, conforme as pessoas saíam da brincadeira, as demais não conseguiam manter todos os balões no ar.

A partir da dinâmica, foi apresentada aos participantes a seguinte questão: “Qual a relação da dinâmica com o nosso trabalho?”. Duas falas retrataram de forma adequada o objetivo da dinâmica:

[...] quando um faz falta, este faz muita falta! (P6).

[...] quando estavam todas as pessoas, se cada um cuidasse da sua bexiga, não cairia. E quando uma deixa de fazer vai sobrecarregando os demais (P3).

Concluiu-se a dinâmica corroborando a importância do trabalho em equipe em que a reponsabilidade, quando distribuída entre os profissionais e negligenciada por algum dos envolvidos, prejudica a equipe, o preso e a UP.

Com o objetivo de recordar as ações pactuadas em novembro de 2014, na construção da assistência sistematizada ao preso com TB, os cartazes do protocolo elaborado pela equipe foram afixados na parede para que, a partir destes, fossem apontadas falhas operacionais, acertos e revisões.

A primeira atividade destacada foi a impressão da lista dos ingressos atribuída aos técnicos de enfermagem do plantão noturno, com periodicidade semanal, atividade que não ocorreu neste período. Membros da equipe ressaltaram a importância desta listagem impressa para a realização da avaliação inicial dos ingressos e os técnicos de enfermagem responsáveis por esta ação se comprometeram a iniciar esta atividade.

Ao grupo foi reforçada a necessidade de leitura da “rotina” e do “fluxo” de atendimento fixados no mural de avisos e no caderno “protocolo de tuberculose da PEL”.

Os impressos (receita médica, cópia de resultado de baciloscopia, início e previsão de término do tratamento) também deixaram de ser entregues aos detentos com TB por problema na copiadora.

Quanto ao não remanejamento da cela em caso de diagnóstico, apesar de não termos tido diagnóstico de TB no período, recordou-se a importância de tal procedimento.

Em relação ao caderno do protocolo, os participantes relataram a não compreensão dos dados que deveriam ser anotados. Discutiu-se e concluiu-se que as anotações incluíam: dados pessoais do preso com TB, data e resultado das baciloscopias, peso, data de início e previsão de término de tratamento e o esquema (fase 1 e fase 2) do tratamento medicamentoso.

A anotação no caderno de registro de sintomático respiratório algumas vezes ocorria, outras, não.

Solicitou-se ao grupo sugestões de modificações nas ações, porém não houve sugestões. A importância da manutenção das ações desenvolvidas e o início ou reinício de ações não desenvolvidas foram substanciadas.

Como finalização da reunião, leu-se o texto “Pensar” de Rubem Alves e apresentou-se o filme “O problema não é meu” como estratégia de reflexão e estímulo ao grupo.

Com intervalo de aproximadamente 1 mês, realizou-se a **última oficina** de EPS. A oficina “O que podemos melhorar?” tinha como objetivo realizar uma segunda avaliação da implantação da assistência sistematizada ao preso com TB e encerrar o período de coleta de dados.

Todos os participantes estavam presentes e, logo após a explanação dos objetivos da reunião, os participantes relataram satisfatoriamente sobre as metas alcançadas e os objetivos cumpridos.

Podemos não ter cumprido tudo, mas estamos nos esforçando (P6).

Acho que a maioria (dos objetivos propostos) nós cumprimos (P4).

O esforço de todos aqui é notável e o, mais importante que vejo, é que todos têm vontade (P2).

Um dos participantes foi escolhido para a leitura dos cartazes (os mesmos da construção do protocolo) e conduzir a discussão. Outro participante

responsabilizou-se por anotar as atividades plenamente desenvolvidas, as parcialmente desenvolvidas, as que não foram desenvolvidas e as necessidades de mudanças no protocolo.

O TDO só não ocorria quando não havia funcionário de enfermagem trabalhando e, nestes casos, a atividade foi delegada ao AP.

A anotação com data de início do tratamento e previsão de término, um dos participantes relatou não ter feito por esquecimento, e a equipe ressaltou a importância de tal atividade.

A anotação no Registro do sintomático respiratório no serviço de saúde que era atribuição de um enfermeiro estava ocorrendo e foi pactuado que o enfermeiro que passou a integrar a equipe em dezembro de 2014 (após a implantação da assistência sistematizada), também realizaria tal ação.

O quadro abaixo, construído na fase de avaliação, demonstra a realização das atividades propostas antes e depois do estabelecimento de rotinas.

Quadro 7 – Comparativo das atividades (antes e depois) instituídas pelo protocolo de assistência à TB em PPL.

Atividades	Antes	Depois
Triagem	Aleatória	Até sete dias após o preso ingressar na UP
Pesagem do preso	Não	Sim
Entrega de cópia de receita, exames e outros	Não	Sim
Caderno “protocolo de TB da PEL”	Não	Sim
Fluxo e rotina de atendimento	Não	Sim
Oferta de TR	Sim	Sim
Solicitação de escolta	Sim	Sim
Busca de comunicante	Raramente	Sim
TDO	Raramente	Sim
Anotações no Registro do SR	Raramente	Sim

Isolamento da cela ou do detento	Não padronizado	Padronizado
Busca ativa do SR	Raramente	Sim
Anotações de enfermagem	Às vezes	Sim
Envio do prontuário em caso de transferência para outra UP	Sim	Sim

Fonte: a própria autora.

Como finalização da oficina, foi proposto ao grupo uma reunião mensal para discussão, entre outros assuntos, do andamento da assistência sistematizada em questão. A proposta foi aceita pelo grupo com satisfação. Outro participante propôs reuniões periódicas de educação permanente com temas variados onde cada participante instruiria um determinado assunto, o que também foi aceito pelo grupo.

As falas abaixo denotam a efetividade da EPS como estratégia para assistência sistematizada ao preso com TB:

[...] eu achei estas oficinas muito boas, foi muito bom reaprender e seria muito bom termos mais oficinas como esta. E também, aqui podemos nos encontrar mais com o pessoal da noite e isto serviu até para nos deixar mais unidos. Acho que seria ótimo continuarmos com elas (P1).

Foi muito bom falarmos da TB, pois muita coisa eu já tinha esquecido. Os esquemas de tratamento mudaram, tudo ficou mais moderno. Podemos falar de HIV/Aids numa próxima ou de hanseníase já que temos um preso com hanseníase agora[...] (P4).

Esses resultados corroboram que o ponto principal na pesquisa-ação não é encontrar uma solução ideal, como em outros métodos, mas conseguir o compromisso com a mudança a ser feita (WESTBROOK *apud* GIBERTONI, 2007). Além disso, há uma meta bem maior que o resultado almejado: a geração e estruturação do conhecimento obtido através do planejamento e execução das ações definidas com os atores da pesquisa e dos obstáculos encontrados (THIOLLENT, 2005). Destaca-se que isto também se aplica à EPS.

Este compromisso tornou-se evidente com a aceitação da pesquisa pela equipe. Houve algumas resistências para assumirem certas responsabilidades

no início da implantação do protocolo, porém, fortaleceu-se a partir da 5ª oficina, no momento em que a equipe passou a perceber-se como sujeito da mudança da realidade local.

A participação do pesquisador e dos outros sujeitos envolvidos diretamente no estudo é fundamental para o sucesso da pesquisa-ação. É um trabalho árduo, porém eficaz. Por meio desses resultados, a pesquisa-ação pôde estimular o processo de aprendizagem, pois por meio da avaliação, os sujeitos são estimulados a se manifestar para criticar, propor novas ações, enfim, para contribuir como um todo com o processo (GIBERTONI, 2007).

A mudança é um processo dinâmico e flexível, portanto necessita ser monitorada e, esta monitorização deve ser contínua. As duas oficinas de monitoramento da implantação da assistência sistematizada proporcionaram aos participantes sugerir, modificar e readequar o protocolo de acordo com as necessidades e situações observadas, além de estimularem um olhar crítico para a conduta profissional de cada um e constatar a transformação ocorrida durante todo o processo.

É importante ressaltar que as revisões de prontuários, que ocorreram no período das oficinas, do Registro do sintomático respiratório e do caderno de “Protocolo de TB da PEL”, serviram de apoio para monitorar os efeitos da proposta de sistematização da assistência à pessoa com TB implementada pela equipe de saúde junto aos detentos da PEL.

Para monitorar a coleta de escarro para baciloscopia, utilizou-se como principal instrumento, o Registro do Sintomático Respiratório. Nele, no período de janeiro de 2013 a outubro de 2014, haviam sido registrados apenas 12 coletas de escarro para baciloscopia. Após o início das oficinas (outubro de 2014) até o encerramento da coleta de dados (fevereiro de 2015) registrou-se 26 coletas de escarro, com amostra positiva em quatro casos.

Quando se iniciou o período de coleta, não havia presos com diagnóstico de TB na PEL, porém, ao final da coleta de dados, cinco detentos estavam fazendo tratamento para a doença. Desses presos, um ingressou na UP já com o diagnóstico de TB. Todos os casos foram registrados no “protocolo de tuberculose da PEL”, nos prontuários e no Registro do

sintomático respiratório (neste último, somente o caso que já veio de outra unidade, não foi registrado).

Nos prontuários, encontrou-se registro de registros de coleta de escarro, anotações sobre as buscas ao sintomático respiratório, TDO e ações de prevenção e promoção a saúde do preso com TB.

Acredita-se que o aumento do número de casos de TB só ocorreu pela transformação das práticas profissionais através da EPS “onde o aprender e o ensinar” se incorporaram ao “cotidiano do trabalho”; basearam-se “na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais”. E, ainda, aconteceu “no cotidiano das pessoas e das organizações”; foi desenvolvida “a partir dos problemas enfrentados na realidade”; levou “em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm” e, por fim, considerou “que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores” fossem “pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações” (BRASIL, 2009, p. 20), neste caso, da população de detentos da PEL.

Desta forma, o aprender e o ensinar se incorporaram ao cotidiano e transformaram as práticas profissionais. O problema enfrentado: a assistência ao preso com TB foi colocado em pauta e abriu um leque para outros temas de aprendizado sugeridos pelos trabalhadores de saúde da UP. E, por fim, pode-se afirmar ainda que houve a reorganização do trabalho da equipe de enfermagem da PEL, com a implantação da assistência sistematizada.

As discussões para construção e acompanhamento do protocolo foram uma excelente oportunidade para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde. Houve uma alternância de relevâncias entre os diferentes trabalhos, de forma que, em cada momento, alguns membros da equipe demonstraram-se mais dispostos e criativos do que outros. Com o decorrer do tempo foi ficando evidente a interdependência entre todos, na equipe. A percepção e o reconhecimento pela equipe desta variação foi uma forma importante de reconhecer e valorizar a “obra” criativa e singular de cada um, como já previsto na PNH.

Em consonância ao conceito de EPS pela PNEPS que a define como ação estratégica com transformação das práticas baseadas na reflexão crítica

dos sujeitos foi que se optou pela aplicação da EPS por meio da pesquisa-ação. Os profissionais absorveram a proposta e a trouxeram para a rotina de trabalho. Refletiram sobre a maneira como atendiam e apresentaram propostas com vistas a modificar o atendimento ao detento, valorizaram as queixas, atentaram-se a questões que envolvem a TB. Estas reflexões críticas sobre as práticas ficaram evidentes no decorrer das oficinas.

As oficinas de EPS configuraram-se como um espaço privilegiado para a equipe construir a articulação dos recursos de intervenção de que ela dispunha, colocando à mostra as várias possibilidades de recursos disponíveis, percebendo que em cada momento alguns terão mais relevância que outros. Dessa forma, estes momentos configuraram-se como importantes para avaliação e aperfeiçoamento desses recursos.

À medida que a equipe conseguiu perceber seus limites e dificuldades (e esta é uma condição paradoxal para o aprendizado e superação), ela conseguiu progredir. O interesse sobre o tema aumentou a capacidade de aprendizado, o que se caracterizou como um excelente espaço de formação permanente.

Para que as oficinas de EPS funcionassem, foi preciso instituir um clima favorável ao diálogo em que todos aprendessem a falar e ouvir, inclusive críticas. Reconhecer os limites da atuação da equipe foi fundamental para invenção de possibilidades, para se pensar “o novo” e construir a assistência sistematizada adequada à realidade local, a partir das legislações e normativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresentou o processo de EPS desenvolvido pela equipe de enfermagem para a implantação de assistência sistematizada à pessoa com TB na PEL.

A metodologia utilizada, a EPS, possibilitou a participação ativa dos profissionais de enfermagem, fundamental nesse processo, na medida em que foi possível refletir sobre a assistência desenvolvida, reconhecer as falhas existentes, descobrir avanços no tratamento e no controle da doença, controles não praticados na Instituição e, a partir daí, elaborar proposta sistematizada para a atenção ao detento com TB, na PEL. O protocolo construído pela equipe revelou-se um instrumento útil para interromper a cadeia de transmissão da doença e diminuir índices epidemiológicos e poderá ser aplicado em outras unidades prisionais.

A abordagem qualitativa possibilitou estudar em maior profundidade a implantação do protocolo, considerando suas múltiplas dimensões, sob a perspectiva dos participantes. Foi possível identificar aspectos que explicam como as ações estavam sendo desenvolvidas e desenvolver propostas de alterações das mesmas e que implicaram em mudanças de práticas.

A pesquisa-ação articulada com a EPS, utilizada como estratégia para o enfrentamento da inadequada assistência ao problema da TB na instituição em estudo, conseguiu gerar mudanças de práticas na equipe de enfermagem e transformar a realidade, pois sensibilizou a equipe para a readequação de suas práticas. Colocar uma ação do cotidiano em pauta, como é um dos pressupostos da pesquisa-ação e da EPS foi, com certeza, o ponto que despertou e motivou a participação da equipe e a transformação de suas práticas.

Neste estudo, a pesquisa-ação foi desenvolvida durante a intervenção proposta para enfrentar o problema da TB, na PEL. Destacou-se como estratégia apropriada para discussão do atendimento de enfermagem na prevenção, controle e tratamento da TB com o intuito de gerar a mudança de práticas na equipe de enfermagem da PEL e a transformar a realidade atual da instituição.

A proposta da pesquisa-ação foi articular atividade de produção de conhecimento e projeto de ação visando à melhoria no atendimento ao prisioneiro com TB e atividades de detecção e prevenção da doença, processo desenvolvido por meio da EPS. As metodologias ativas de aprendizagem aplicadas nas oficinas foram fundamentais para a interação dos participantes. As oficinas oportunizaram aos participantes expressarem pensamentos e experiências, constituindo-se em uma análise reflexiva em que surgiram sugestões de soluções de maneira coletiva, além de ter trazido para o campo da discussão/reflexão, problemáticas pertinentes à realidade vivida na instituição.

O protocolo de assistência ao preso com TB foi o pontapé inicial para provocar o desejo de implantação de um programa de EPS na PEL, capaz de sensibilizar a equipe, não só a de enfermagem, mas a multiprofissional, diminuir índices epidemiológicos e transformar o atendimento à PPL na instituição.

O processo vivenciado pela vertente da EPS fez surgir na equipe o desejo de que a experiência funcionasse, mesmo após o encerramento da pesquisa. Avaliações periódicas sobre a assistência sistematizada em TB ocorrem atualmente na UP e, percebe-se na equipe, um esforço constante para que atividades relacionadas ao protocolo não deixem de ser realizadas.

Esta pesquisa sinaliza para a necessidade de nos sentirmos incomodados e afetados para reorganizar a assistência prestada ao detento da PEL e consolidar um programa de EPS na instituição, para outros temas. Para manter a disposição de aprender e construir projetos de reorganização da assistência a outras doenças, faz-se necessário buscar ferramentas que possibilitem aos sujeitos conhecer o que ainda não foi explorado de forma significativa no serviço de saúde da UP.

Embora não tenham sido alvos de análise neste estudo, outros fatores que podem interferir no controle da doença devem ser considerados. A estrutura arquitetônica inadequada dos presídios que dificulta a ventilação e, conseqüentemente, facilita a transmissão do bacilo e a morosidade jurídica para a concessão de sentenças ou formas alternativas de cumprimento da pena, que não o encarceramento em regime fechado e que contribuem para a

superlotação das prisões, são também responsáveis pela manutenção dos altos coeficientes de incidência da doença. Esses aspectos também precisam ser enfrentados para superar o problema em questão.

Reconhece-se como limitação deste estudo o fato de ter sido realizado em apenas uma instituição penal do estado, com uma única equipe de enfermagem. Apesar disso, ao serem analisadas as realidades das demais unidades prisionais do Estado, pode-se inferir que esta não é muito distinta das demais unidades, tanto em termos de capacitação profissional quanto em relação às condições dos detentos.

Esta pesquisa pode contribuir com estudos futuros, como, por exemplo, verificar o comportamento das taxas de notificação, diagnóstico e tratamento ao detento com TB, a eficácia a longo prazo das oficinas de EPS, entre outros.

Cabe concluir que a participação nas oficinas fortaleceu a interação e o trabalho em equipe; as dramatizações propiciaram expressar problemas vivenciados no cotidiano do trabalho; as atividades lúdicas, por meio das dinâmicas de grupos e apresentação desvelaram concepções, visões de mundo e afetos; e a elaboração do protocolo permitiu ancorar o conhecimento constituído e circulado durante os encontros. Com a sistematização do processo vivenciado, as potencialidades da EPS ficaram evidentes e, assim, pôde-se delinear uma proposta de um programa de educação permanente para outros problemas vivenciados na instituição.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, R.M.C.M. **Diagnóstico da tuberculose na população carcerária dos distritos policiais da zona oeste da cidade de São Paulo**. 2003. 153fls. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALBUQUERQUE, P.C; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Interface-Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.8, n.15, p. 259-274, ago 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2014.

ARROYO, JM; ASTIER, P. Calidad asistencial en sanidad penitenciaria: análisis para un modelo de evaluación. **Rev Esp Sanid Penit**. v.5, n. 2, p. 60-76, 2003. Disponível em: <<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/245/678>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília, DF: Liber, 2002.

BRANDÃO C.R. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 6, n. 1, p.51-62. jan./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19988/10662>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 44, n. 2. 13 p., 2013. Disponível em: <http://funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2014/06/Boletim_Tuberculose_PNCT_2014.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 01 out. 2015.

_____. Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de execução penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 13 jul. 1984, Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 20 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos**

para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 13 fev. 2004b. Seção 1, p. 37-41.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias infopen - junho de 2014**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen- nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em: 14 out 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Rede amamenta Brasil: caderno do tutor**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. 2009.

CAMPANI, S.T.A; MOREIRA, J.S; TIETBOHEL, C.N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J Bras Pneumol**, [S.], v.37, n. 6, p. 776-782, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n6/v37n6a11.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

CARR, W; KEMMIS, S. **Becoming critical: education, knowledge and action research**. London: Routledge Farmer, 2004. Disponível em: <<https://enotez.files.wordpress.com/2011/09/becoming-critical.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

CASTIEL, L.D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, Dez. 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2014.

CECCIM, R. B.; FERLA, A.A. **Educação Permanente em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 28 maio 2014.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.41- 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

CUNHA, N.V. et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.19, n. 53, p. 251-63, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140083.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

DARA, M. et al. **Guidelines for control of tuberculosis in prisons**. USAID, TB/CTA. 2009.

_____. Time to act to prevent and control tuberculosis among inmates. **Int J Tuberc Lung Dis**, [S.l.], v.17, n. 1, p. 4-5, 2013. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/185155/Time-to-act-to-prevent-and-control-tuberculosis-among-inmates.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2015.

_____. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. M. Dara et al. **International Journal of Infectious Diseases**, [S.l.], v. 32, p. 111-117, 2015. Disponível em: <[http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(14\)01747-0/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(14)01747-0/pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2015.

DIAZ, A.M; HYMAN, S. Los Sistemas Penitenciarios y Carcelarios en las Americas. In: **Informe sobre Seguridad Ciudadana en las Américas 2011**. Washington, DC: Organización de los Estados Americanos (OEA), 2011. p.118-122.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

EBD BRASIL. **Dinâmica: defendendo o seu sonho**. 2011. Disponível em: <http://www.ebdbrasil.net/2011/08/dinamica-defendendo-o-seu-sonho.html>. Acesso em: 20 nov. 2014.

EL ANDALOUSSI, K. **Pesquisas-ações: ciências, desenvolvimento, democracia**. São Carlos: Edufscar, 2004.

FERREIRA JÚNIOR, S; OLIVEIRA, H.B; MARIN-LÉON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Rev Bras Epidemiol**, [S.l.], v.16, n. 1, p. 100-113, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0100.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

FORTES, P.A.C.; ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: FORTES P.A.C; ZOBOLI, E.L.C.P. (Orgs.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo; 2003. p. 11-24.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**, [S.l.] v. 13, n. 2, p. 262-268, mar/abr. 2005.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 49. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIBERTONI, D. Uma discussão sobre pesquisa-ação na engenharia de produção. **Interface tecnológica**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 51-61, 2007. Disponível em: <<http://www.fatectq.edu.br/interfacetecnologica/arquivos/volume4/artigo06.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GRITTEM, L; MEIER, M. J; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto contexto - enferm**. [S.l.], v.17, n.4, p. 765-770, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/19.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS. **Palestra- tuberculose**. [Filme-vídeo]. 2012. 30 minutos. color. son. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Y7Ms2G_GjKQ. Acesso em: 30 out. 2014.

JONES, T.F. et al. Transmission of Tuberculosis in a Jail. **Annals of Internal Medicine Issue**, [S.l.] v.131, n. 8, p. 557-563, 1999. Disponível em: <https://www.mc.vanderbilt.edu/root/pdfs/infectioncontrol/Tbinjail.pdf>. Acesso em 03 mar. 2015.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 267-292.

LIMA, J.V.C. et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out.2010.

LOPES, S.R.S. et. al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comun. Cien. Saúde**. [S.l.], v. 18, p. 147-55, 2007. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art06potencialidades.pdf >. Acesso em: 18 mar. 2015.

LOURENÇO JÚNIOR, A.A. **Aplicação de um modelo híbrido de planejamento de cenários à luz da pesquisa-ação**. 2007. 164fls. Dissertação (Mestrado em Administração) - Fundação Mineira de Educação e Cultura, Belo Horizonte. Disponível em: http://www.fumec.br/anexos/cursos/mestrado/dissertacoes/completa/antonio_lourenco.pdf >. Acesso em: 18 mar. 2015.

MEYER, D.E. et al. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública** [S.l.]. 2006, v.22, n.6, p. 1335-1342, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/22.pdf> >. Acesso em: 01 abr. 2015.

MIRANDA, F.A.C; COELHO, E.B.S; MORÉ, C.L.O.O. **Introdução ao projeto terapêutico singular**. 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1149> >. Acesso em: 14 out. 2015.

MIRANDA K.C.L; BARROSO, M.G.T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 631-635, jul/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a08.pdf> >. Acesso em: 09 maio 2014.

MOREIRA, M.A., CABALLERO, M.C.; RODRÍGUEZ, M.L. (Orgs.). Actas del encuentro internacional sobre el aprendizaje significativo. Burgos, España. 1997.

MOTTA, J.I.J; BUSS, P; NUNES, T.C.M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 3,

set/dez. 2001. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>>. Acesso em: 09 maio 14.

OLIVEIRA, L.G.D. **Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros**. 2014. 147 fls. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3815>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

OROFINO, R.L. et al. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol.**, [S.l.] v. 38, n. 1, p. 88-97, 2012. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2012_38_1_13_portugues.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

PARVEZ, F.M. Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional Facilities. In: GREIFINGER, R.B. **Public health behind bars: from prisons to communities**. New York: Springer, 2007. p. 174-211. Disponível em: <http://www.zbmu.ac.ir/files/Medical%20Ethics/pages/public_health_behind_bars.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2015.

PAZ, L.N.F. et al. Efetividade do tratamento de tuberculose. **J Bras Pneumol.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 503-510, 2012. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2012_38_4_13_portugues.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

PEARCE, N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. **Am J Public Health**, [S.l.], v. 86, n. 5, p. 678-683, maio 1996.

PILON, A.F. Relações humanas com base em dinâmica de grupo em uma instituição de prestação de serviços. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 348-353, 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n4/09.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

PIMENTA, S.G. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 521-539, set./dez.2005.

PINTO, S. et al. **Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS, a experiência de Volta Redonda-RJ**. São Paulo: Hucitec, 2012.

QUINTANA, P.B; ROSCHKE, M.A.C; RIBEIRO, E.C.O. Educación permanente, proceso de trabajo e calidad de servicio en salud. In: HADDAD Q.J; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. (Orgs.) **Educación permanente de personal de salud**. Washington, D.C: OPS, 1994. p. 63-106. Disponível em: <<https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/08/gestic3b3n-estratic3a9gica-de-la-educac3b3n-permanente.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K.; GOMES, A.L.Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l.] v. 20, n.1, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14>. Acesso em: 16 jun. 2014.

SANTOS, J.M. **Poder paralelo**. 2003. 36 fls. Monografia (Especialização em Modalidades de Tratamento Penal e Gestão Prisional) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: <http://www.depen.pr.gov.br/arquivos/File/monografia_jucelia.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

THIOLLENT, M. Construção do conhecimento e metodologia da extensão. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2002, João Pessoa. **Mesa redonda...** Joao Pessoa: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2002, p. 1.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TOLEDO, R. F.; JACOBI, P. R. Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. **Educ. Soc.** [online]. v. 34, n.122, p. 155-173, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0101-73302013000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06 abr. 2015.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2014.

VASCONCELLOS, C.S. **Coordenação do Trabalho Pedagógico: do trabalho político-pedagógico ao cotidiano da sala de aula**. São Paulo: Libertard, 2002.

VAUGHAN, T.; SHAMBERG, C.; SHAMBER, M.; SHER, S. **Decisões extremas**. [Filme-vídeo]. Produção de Carla Shamberg, Michael Shamber, Stacey Sher, direção de Tom Vaughan. Estados Unidos da América, Sony pictures entertainment, 2010. 1 DVD, 106 minutos. color. son.

WENDLING, A.P.B; MODENA, C.M; SCHALL, V.T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n. 1, p. 77-85, jan/mar. 2012.

WHO. **Status Paper on Prisons and Tuberculosis**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69511/E89906.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

WHO. **Tuberculosis**. Nota descriptiva nº104, mar/2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>>. Acesso em: 12 maio 2015.

ZULAIKA, D. *et al.* Un nuevo modelo asisencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. **Rev Esp Sanid Penit**, [S.l.], v. 14, p. 91-98, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n3/04_especial.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Transcrição das oficinas 04 e 07

OFICINA Nº 4 – LSSP e elaboração do protocolo

Pessoal, hoje nossa atividade é montar um fluxo de como funciona nosso atendimento ao preso desde a entrada até o diagnóstico, alta, transferência ou quando ele vai embora da unidade. Após nós vermos como deve ser feito conforme a LSSP e por último a gente vai construir como tem que ser. Esta é a proposta do dia.

Em primeiro lugar nós vamos eleger quem será o nosso relator, quem vai passar as ideias para o craft (P7).

Coloco um craft em um canto da parede para escrevermos o fluxo atual, deixo o meio da parede para projeção e coloco outro craft no outro canto da parede para escrevermos como deve ser o fluxo correto e adaptado para a nossa realidade. A P4 foi escolhida como relatora.

Começamos escrevendo como é hoje. Sugiro que podemos fazer de setinhas, ou do jeito que a gente achar que fica melhor (P7).

P3 fala o título: “Fluxo atual”.

Então tudo bem. Como é que é hoje? (P4).

Vamos colocar desde a chegada do preso. Não precisa ser o preso com TB, qualquer um. Desde a triagem, se a gente investiga, se não investiga (P7).

Coloque aí: acolhimento (P3).

Como é que é? (P4).

Como é o nosso acolhimento, então? (P7).

O acolhimento você quer desmembrar, quer escrever... (P3).

Quando ele chega.... (P4).

A gente faz um questionário perguntando se ele tem alguma patologia existente... (P3).

Uma primeira avaliação... (P1).

Uma anamnese (P3).

Pode ser. Uma anamnese (P1).

O que a gente pergunta nesta anamnese? (P7).

Se existe alguma patologia pré-existente. Se é portador de TB, se é aidético, se é cardiopata (P3).

Doenças familiares (P5).

Se tem história de câncer na família (P3)

Se já fez algum tipo de cirurgia (P1).

Se já recebeu transfusão sanguínea (P3).

Histórico das prisões (P5).

Histórico das prisões, esta é boa.... (P3).

Se tem alergia a algum medicamento. Isto é importante (P1).

Se é alérgico a alguma substância (P3).

Se ele tem hipertensão (P1).

Entra nas patologias. História de TB. Se ele já teve prisões anteriores a gente sempre foca na questão da TB (P6).

Se faz uso de algum medicamento (P3).

Depois que ele chegou, o que a gente faz? (P7).

Dependendo da história ele passa pelo médico (P3).

A avaliação com enfermagem que vê a necessidade ou não de encaminhá-lo (P1).

É aí que já tem o histórico (P3).

Vocês perguntam se ele tem alguma queixa no dia da avaliação (triagem) de enfermagem? (P7).

Eu pergunto (P5).

Sim (P3).

No momento (na triagem) eu pergunto a queixa atual (P6).

Ok, ele chegou, não tem queixa, não tem nada. E daí, o que fazemos? (P7).

Está liberado (P5).

Tchau e benção. Está liberado (P4).

Libera (P6).

Está liberado (P3).

Perguntamos se já fez algum teste de DST e oferece se tem interesse em fazer o TR (HIV, sífilis e hepatites) (P1).

Vamos focar na TB (P7).

Se ele é sintomático, a gente tem que orientar a coleta de escarro (P6).

Vamos escrever o que fazemos hoje. A gente tem orientado? (P7).

É, mas nesta etapa, ele ainda não passou pelo médico (P3).

Independente, se é TB ou não, se ele tem alguma queixa, ele vai para consulta (P6).

Eu não oriento (colher o escarro). Eu ofereço o TR, mas de TB eu nem lembro, pergunto se teve, se não, eu deixo de lado (P4).

Pergunto de TB, pneumonia, asma... Dentro disso você encaminha se tiver. Se não, vida normal dentro das condições (P1).

Eu gostei do que a P4 falou. Ela disse que não orienta. Eu também, particularmente, falou que tem tosse, eu meio que ignoro, pois tosse todo mundo diz que tem. Eu quero saber, vocês orientam? O que tem sido feito de rotina? O pessoal da noite, às vezes não faz muita triagem, mais é no dia. O que tem sido feito? (P7).

Não tem muitos casos que dá para desconfiar na chegada, principalmente por que não temos recebido muito do distrito, tem vindo mais das outras penitenciárias. Agora, quando o preso já é daqui mesmo (ou seja, já está preso na PEL há um tempo), vem passando mal, com muita sudorese, aí eu já perguntei. Perguntei se tinha tido contato, pois assim, os sinais vitais estavam normais, mas como ele tinha muita sudorese e náusea eu já desconfiei, pois assim o TB (doente de TB) quando já está com bastante crise.... (P6).

Você orientou o quê, P6? (P7).

Eu perguntei se ele esteve com alguém que tinha TB, se ele estava tendo tosse, mas ele disse que não tinha tosse, não tinha febre, aí eu descartei, pois não tinha tosse nenhuma. E nós chamamos duas vezes para ver depois e ele já estava melhor, já tinha passado aquela crise (P6).

E você P5, quando você fazia triagem? (P7).

Também... se ele tiver uma febrinha no final da tarde, os que vem do distrito tem que dar uma atenção maior... aí você avalia o histórico dele (P5).

Ótimo.... se o preso, não tem queixa nenhuma, passamos esta etapa (P7).

Porque normalmente o preso do distrito já vem com uma porção de queixas: dor no peito, tosse produtiva, emagrecimento. Quando ele vem do distrito, ele já vem com estes sintomas bem característicos. É raro o que não vem com estes sintomas (P3).

Ótimo. Vamos dizer de um preso que já está aqui há um tempo, o que a gente faz com ele? Vamos pensar na TB. Como a gente descobre que ele está tossindo? (P7).

Como? (risos) (P4).

Pelo bilhete, não é? (P7).

É assim: eles começam a mandar bilhetes todos os dias. 'Ah, porque eu estou com tosse, estou escarrando sangue'. Na verdade, não é que estão escarrando sangue, é que a tosse é seca e irrita as vias aéreas e isto acaba machucando e sangrando (P6).

E isto acontece também porque tem uma pressão muito grande na cela, uma preocupação de ser uma TB que e os colegas

mesmo mandam o bilhete. Se o preso não mandar, os outros mandam (P1).

O AP (P4).

O agente traz (P3).

Verdade (P7).

Às vezes sem ligar (risos) (P3).

Verdade, sem ligar (P7).

E o que a gente faz? (P7).

A gente avalia (P1).

Pense em todas as possibilidades. O que fazemos? (P7).

Às vezes a gente lê, às vezes ignora (P4 e P6).

Às vezes, a gente peca por excesso, às vezes é da garganta mesmo e a gente acaba solicitando (amostra de escarro) (P4).

É assim: quando ele fala que está escarrando sangue, a gente deixa ele em observação aqui na enfermaria para observar este sangramento que na verdade não acontece, mas a gente observa (P1).

Então coloca aí, P4, o que a gente faz (P7).

Colhe exame (P4).

Ou manda para o médico (P7).

Agenda consulta (P6).

Queixa persistente a gente agenda médico, mas se for uma tossezinha improdutiva, aí a gente resolve (P3).

Alguém aqui já colheu BAAR sem passar pelo médico? (P7).

Já (P1, P3, P4, P5 e P6).

É importante a gente dizer isto, que a gente tem esta autonomia (P7).

Já colhe, pois às vezes quando passa pelo médico, já tem o resultado (P3).

P4, põe aí Diagnóstico: sim ou não. O que a gente faz em ambos os casos. Se o BAAR deu negativo, o que a gente faz? (P7).

Chama o preso, passa que não deu nada, orienta e libera (P6).

Vida normal. Se for alérgico, a gente dá um anti-histamínico ou passa pelo médico se for o caso (P3).

Mas se não colheu o escarro? (P5).

Se não teve sintomatologia, a gente orienta, procura a origem da tosse, dá um anti-histamínico ou agenda uma consulta se a tosse for persistente (P3).

E no caso de 'sim', os casos que colhemos o BAAR e deu positivo? Qual é a primeira coisa que a gente faz? (P7).

Agenda consulta com o CIDI (P6).

Isola (P3).

Na verdade, é o CIDI que liga para gente (P7).

A gente não isola mais (P4).

A gente deixa claro para não mudar de cela (P3).

A gente vai ver que a LSSP é diferente da do Manual (P7).

Avisa a segurança para não remanejar. Conversa com os colegas de cela (P4).

Orientação aos comunicantes (P6).

Inicia o tratamento (P4).

Inicia o tratamento e agenda consulta no CIDI (P3).

Senão o paciente passa a ser fantasma... (risos) (P6).

Como já aconteceu (P7).

A gente tem que notificar (P3).

É o CIDI que faz (P6).

A gente não notifica mais (P7).

Antes era a gente... (P3).

Tratamento supervisionado (P1).

Quando ele vai na consulta, ele já pega o remédio (P4).

Sim, mas o que estou dizendo é que devemos fazer o tratamento supervisionado (P1).

Sim, começou a tratar, mas, eu quero saber até o final do tratamento (P7).

Aí coleta uma nova amostra após 15 dias (P6).

Uma nova coleta. 15 dias após início do tratamento, uma nova coleta de escarro (P3).

Esta orientação de coleta após 15 dias é de quem? (P7).

Do CIDI (P6).

Antigamente era do CIDI, agora eu não sei se é mais (P3).

Agora é um mês (P4).

Porque normalmente a baciloscopia negativa em 15 dias (P3).

Agora é só um mês? (P6).

Sim (P4).

É só um mês mesmo. O bom de conhecer a legislação e os protocolos é isto... O P3 tem razão, antes eram 15 dias, só que mudou. A vantagem da atualização é esta. É igual imunização, vacina, a gente tem que estar sempre atenta, pois sempre está diferente.

Aqui vocês falaram para não remanejar a cela. Eu quero saber por quanto tempo (P7).

Se vai ter esta resposta da baciloscopia dentro de um mês, vai ser um mês, não é (P6).

Um mês teoricamente, até 2 meses (P3).

Até 15 dias... (P1).

Teoricamente libera a cela se negativou a baciloscopia (P4).

P7, então, vai ser neste um mês? (P6).

Eu vou falar depois.

Fechamos o primeiro mês, e daí? A gente vai levar em outra consulta, não leva mais, como é que é? (P7).

Mensal (se referindo a periodicidade da consulta) (P6 e P4).

Na cadeia, a gente só pega medicação, o preso não vai para consulta. A pessoa livre vai para consulta (P3).

Vamos voltar para a nossa realidade, a gente está levando mensalmente? (P7).

Sim (P4).

Alguém sabe o que acontece lá na consulta? (P7).

É feito o RX e entregue a medicação (P6).

E ele colhe o escarro lá? (P7).

Colhe sim (P6).

Mesmo a gente mandando daqui? (P4).

Colhe lá (confusa) (P6).

Mas, a gente colhe aqui antes de ir, mesmo assim eles colhem lá? (P4).

Ah, aí já levou junto... (P6).

Coloco aqui no craft: colhe lá? (P4).

Não, P4, eu acho que não. Coloca o que a gente faz aqui e deixa isto em branco, pois não sabemos (P7).

Vou colocar que é colhido aqui na unidade (P4).

Em todos os meses ele vai para consulta? (P7).

É para ir (P4).

Ah, lá ele faz teste rápido (HIV, sífilis e hepatite B e C), raio-x e exames laboratoriais também (P4).

Vamos dizer que ele fez tudo isto certinho durante os 6 meses. E no momento da alta? (P7).

Já passaram 5 meses... (P3).

Põe aí, P4, última consulta no CIDI (P7).

Raio-x novamente, colhe escarro... (P3).

Está liberado. Alta médica (P4).

Com o quê que ele volta para cá? (P7)

Com o cartão escrito 'alta' (P4).

Somente (P7).

Antigamente vinha com o papelzinho chamado notificação de alta (P3).

Ótimo. Agora vamos ver como é a legislação (P7).

Início da apresentação dos slides sobre legislação.

Então vamos começar, pessoal? Já falamos sobre o escarro, como colhe, as consultas, agora vamos falar da legislação.

Este livro verde é a Legislação no Sistema Penitenciário (LSSP), ele é nosso, eu não sei se alguém já chegou a manuseá-lo, ele fala de diversos assuntos, entre eles as condutas frente à TB.

A resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) nº07 de 14/04/03, que eu chamarei só de Conselho é que dão as diretrizes básicas para ações de saúde no sistema penitenciário. Então, o que ela fala: que todas as ações estão calcadas na Lei de Execuções Penais (LEP) e no Plano de atenção básica (PAB). Então, tudo que está na LEP e no PAB a gente tem que fazer, só que tem que atender as peculiaridades do sistema, pois às vezes lá fora uma ação dá certo e aqui dentro não.

O que a gente tem que fazer minimamente: ações de prevenção e controle de DST/ AIDS, câncer de mama e colo de útero, saúde bucal, saúde mental, hanseníase, hipertensão e diabetes, pré-natal, imunização de tétano e hepatite e ações de TB que é o nosso foco hoje. Controle, tratamento e prevenção de TB.

Em 6 anos dentro de penitenciária é a primeira vez que lido com um paciente com hanseníase que chegou ontem (P7).

Eu já vi bastante casos (P3).

Eu também nunca tinha visto (P6).

As imunizações de tétano e hepatite não são feitas aqui.

Na Resolução diz que é necessário ter um ambulatório e uma equipe mínima de 20 horas semanais para 500 presos (P7).

Nossa, como a gente passou da equipe mínima (P6).

Tem que ter um clínico. Nós temos (P7).

Um psiquiatra. Temos. Ele não precisa ser lotado aqui na unidade, que é o nosso caso.

Um dentista. Temos.

Um assistente social, um psicólogo.

Não contempla o enfermeiro. Então, eu estou sobrando. Dois auxiliares de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário. Isto a gente não tem.

Esta legislação é de 2003, então tem a legislação do COREN que diz que não pode ter auxiliar ou técnico de enfermagem sem o enfermeiro, então a gente acabou se adaptando.

A equipe técnica deve receber treinamento para execução do PAB. A gente não tem um treinamento específico. Uma palestra ou outra ocorre, mas treinamento mesmo, não.

O RENAME (Relação nacional de medicamentos essenciais) é a referência de medicamentos utilizados. Na página da secretaria de saúde a gente acha esta relação (P7).

Eu estudei na pós este RENAME (P6).

Para aquisição e dispensação de medicamentos é necessário um farmacêutico. Nós não temos farmacêutico. Eles (DEPEN) dizem que o farmacêutico é o da DIMESP e que é ela que dispensa a medicação para o estado. Eu conheço uma unidade apenas que tem farmacêutico exclusivo, além do CMP.

Aqui, vamos já tentar ver o que a gente faz e o que não faz. A resolução diz que devemos manter atualizado os cadastros de pacientes com TB, hanseníase, DST/AIDS, diabetes e outras doenças de notificação compulsória.

Ao ingressar na cadeia, o preso deverá passar por avaliação de saúde, no caso a triagem, com realização de exames para detecção de TB, DST/ AIDS, hanseníase, etc. e imunização contra hepatite B e tétano. Então, na realização de exames, o que é que a gente faz destes aqui? A gente faz TR, que é oferecido, não é obrigatório. De TB a gente não faz o exame sistemático, a gente mais ou menos pergunta, certo?! Hanseníase a gente não faz nenhum exame e a gente não faz imunização nem de hepatite e nem de tétano que seria o correto. O correto seria termos a vacina aqui e fazer conforme a legislação.

Eu não vou me apegar nos outros, vou me apegar na TB, pois nós estamos focados na TB, e se nós formos estudar tudo, nós ficaremos aqui muito tempo.

As condições clínicas dos apenados devem ser registradas em prontuários que o acompanhará em suas transferências. Pessoal, quero reforçar um pouquinho a questão de registrar no prontuário. Muitas vezes a gente faz a ação e registra no livro de passagem de plantão, mas não registra no prontuário. O documento do preso é o quê? (P7).

O prontuário (P6).

É o prontuário, então é lá que a gente tem que registrar.

Ah, e lembrar que o prontuário o preso leva na transferência, ou seja, não fica com a gente. O prontuário tem que ir para unidade que foi transferido, exceto em caso de liberdade (P7).

Eu acho válido, porém eu discordo pois, umas das coisas que eu vejo é no histórico de TB. Às vezes, o preso em uma prisão anterior teve TB e depois de muito tempo ele volta para cá e a gente perde a história. Mas, se tem que mandar, tem que mandar... (P1).

Eu sei que é ruim enviar o prontuário, e às vezes o preso volta em pouco tempo e o prontuário não volta, como é o caso de tal presídio que não envia os prontuários, mas infelizmente a gente tem que mandar e tem que pedir... E, se por acaso, aconteceu de muito tempo atrás e depois ele voltou, qual é recurso para a gente achar onde ele estava? (P7).

SPR (sistema de informações penitenciárias) (P1 e P6).

SPR e o preso muitas vezes fala: “tive preso em tal lugar”. Então, de alguma forma temos a informação e temos que ir atrás disto (P7).

Eu acho que lá no outro presídio eles botam fogo nos prontuários depois que ele sai porque você não acha o prontuário, quem sabe com a enfermeira nova eles se organizam (P6).

É, de repente isto se resolve.

Agora vamos falar especificamente da detecção de casos de TB. As recomendações do Conselho.... Então aqui, a gente tem que lembrar que não é só do MS, é do MJ junto.... Para detecção dos casos de TB.

Então, ele faz algumas considerações iniciais, fala da importância da atividade de controle e detecção da doença. O que ele fala:

O encarceramento favorece a transmissão, por quê? É ambiente mal ventilado, pouco iluminado, os presos ficam em aglomerados, em celas com muita gente no distrito. Então isto favorece a transmissão da doença. Esta é a importância de procurarmos, tudo bem?

Nós temos índices epidemiológicos muito grande. Enquanto na população em geral, em 2005, conforme os dados do PNCT, havia 48 casos de tuberculose para cada 100 mil habitantes, na população prisional este índice sobe para 1106 casos para cada 100mil habitantes. A população penitenciária é 0,2% da população do Brasil e contribui para 5% de todos os casos de TB no país. É algo preocupante e que a gente tem que investigar mesmo.

Às vezes, a gente vê uma tosse ou uma febre, e como estamos em um ambiente onde o preso mente muito, e a gente sabe que esta tosse é só uma desculpa para conseguir alguma coisa, a gente negligencia a TB.

Por que que eu falo tanto da tosse e não dos outros casos? Voltando na oficina passada, vimos que a TB pulmonar é responsável por 80% dos casos de todas as formas de TB. O sintomático respiratório é o que a gente mais tem que ver. O que é sintomático respiratório? (P7).

Tosse com expectoração (P6).

Isto. Pois a gente não consegue colher BAAR se não houver expectoração, tem que ser tosse persistente e com catarro.

Então quais são os procedimentos recomendados?

Triagem para 100% dos que entram no sistema penitenciário com raio-x de tórax (P7).

Fora da nossa realidade... (P6).

É.. fora da nossa realidade (P7).

Mas por enquanto, eu acho que todas as penitenciárias estão fora desta realidade (P3).

Na verdade, o que é preconizado é que em todas as penitenciárias ocorra isto, por quê? Pois às vezes ele não apresenta tosse, mas é o raio-x de tórax que vai mostrar a

doença. Voltando para a nossa realidade, a gente não tem o raio-x, então a gente vai trabalhar, mesmo não tendo o raio-x de tórax.

Após o raio-x selecionar quem fará baciloscopia e cultura.

Então, nós temos o nosso primeiro problema que é não ter o Raio-x de tórax (P7).

A gente, na verdade, faz milagre que consegue detectar só no sintomático (P6).

É sim. A alternativa ao RX seria... quando ele fala que não precisa fazer RX: Investigar o preso que tosse por mais de 2 semanas em UPs consideradas como baixo risco para TB: UPs sem casos no ano precedente, com poucos casos de HIV/AIDS ou usuários de drogas injetáveis e UPs em região de baixa incidência de TB. Londrina não é uma cidade com poucos casos de TB (P7).

É alto o índice (P6).

Tirando Curitiba e Paranaguá, Londrina é a que tem mais casos de TB no estado. Então, só por este fato a gente já sai desta classificação. Portanto, se for seguir a legislação, a gente é obrigado fazer RX de tórax, mas vamos deixar isto de lado. E, esta classificação deve ser revista anualmente.

Nós não somos então, um presídio de baixo risco.

Continuando.... Quais são os procedimentos recomendados:

A administração deverá fornecer a relação de chegadas e assegurar o comparecimento de todos os ingressos para a triagem.

Todos os ingressos têm que fazer a triagem. A gente sabe que não consegue ver as entradas todos os dias e ficar cobrando (o diretor), então a gente vai ter que achar uma alternativa para descobrir todas as entradas.

O profissional de saúde deve se certificar que 100% dos ingressos foram avaliados e a triagem deverá ocorrer até o 7º dia após admissão do interno.

Nesta avaliação, na triagem, o que temos que perguntar especificamente em relação a TB:

Sintomas relacionados: se tem tosse, febre, emagrecimento.

Antecedente de TB: se já teve TB, se teve contato com TB, alguém da família.

Antecedente de imunodepressão e DM.

Aqui ele fala de quem já tem o diagnóstico: aos portadores de TB deverá ser fornecido, na ocasião do diagnóstico: documento em que conste o diagnóstico. Eu entendo que isto deveria ser feito pelo CIDI. Aquela carteirinha de medicação já vale. Resultados da baciloscopia e do raio-x, isto a gente não tem, então é algo para cobramos do CIDI (P7).

É, antigamente vinha o resultado para nós (P3).

Então a gente tem que cobrar (P6).

Isto é uma coisa para gente pactuar que vamos cobrar do CIDI o resultado impresso da baciloscopia e do RX, assim como o tratamento preconizado. Não é só de boca eles falarem, é isto ou aquilo, tem que vir com o tratamento (por escrito) ... (P7).

Vinha com receita (P3).

Data do início e data prevista de término.

Isto eu acho legal a gente perceber a importância deste documento estar com o preso, pois muitas vezes ele sai de liberdade e a gente nem sabe que saiu, por isso é importante ele já ter este documento, pois se ele quiser dar continuidade, ele já tem tudo na mão.

Uma via deste documento deverá ser encaminhado a outro serviço no caso de transferência ou de livramento antes do término do tratamento.

O CMP manda o resultado do BAAR e do raio-x, é aqui no CIDI que eles não fazem (P7).

Antigamente, a gente xerocava tudo e antes dele ir embora a gente dava os originais e deixava a cópia (P3).

Isto em caso de liberdade, né? Mas, o problema é q muitas vezes nem sabemos que ele saiu daqui, foi embora, por isso é importante dar para ele as papeladas no começo... já dá os documentos dele (os papeis da TB) para ele guardar na cela.

Então oferecer teste rápido de HIV quando diagnosticado TB. A gente pode oferecer aqui ou deixar para ele fazer no CIDI, mas assim, às vezes a gente fica na mão de um e na mão de outro, então vamos dar preferência em fazer aqui para não perder a oportunidade. Se ele falar, fiz no CIDI, então, tudo bem (P7).

E eles anotam, às vezes (P3).

Eles anotam? Então está ótimo (P7).

E o isolamento? (P3).

Vou chegar no isolamento. A LSSP fala uma coisa e o manual fala outra coisa. O manual, que é o que a gente ouve falar do CIDI diz assim: "não precisa isolar". Por que? Porque o preso já esteve com outros (muitos contatos). Na legislação diz que a gente tem que isolar por 20 dias. Eu liguei no CMP para ver as normativas deles, porém eles ainda não me deram resposta. O manual que é mais novo que a legislação diz assim: só isola se o preso ingressar na UP e o diagnostico for feito dentro de 15 dias da sua entrada e este isolamento ocorrerá por 15 dias. Isola também casos de falência ou TB resistente.

Então, aqui nós vamos definir a nossa rotina. Nós vamos isolar o preso por 20 dias como diz a legislação ou vamos seguir o Manual? (P7).

Antigamente eram 15 dias se zerasse a baciloscopia. Se fosse caso resistente ou de falência, aí se estendia (P3).

Ok, vamos pensar no caso que não é resistente ou de falência... a baciloscopia é mensal e não mais quinzenal... O

P3 tinha razão, antes ela era quinzenal no primeiro mês de tratamento, mas agora ela é mensal.

O que nós vamos fazer gente, porque assim, nós temos duas situações.... Vamos ver o caso do preso que está com TB que já não era mais triagem, que já estava aqui por um bom tempo, ele já estava na cela. Ele pegou TB onde? Ele estava com TB há quanto tempo? Porque, na verdade, eu como enfermeira, eu o isolaria, pois ele pode ter tido uma TB recente, aí você tem uma confirmação de que ele está bacilando? Eu entendo a questão da unidade não ter cela para isolamento e a possibilidade de estar bacilando há muito tempo... eu quero chegar em um consenso com vocês... (P7)

Tem duas vertentes, eu acho... tudo bem que a gente pensa nos outros, mas para o doente ficar isolado ele fica muito deprimido e tem chance de não estar dando certo (o tratamento) igual se ele estivesse no convívio... (P6).

Tem o estigma também... (P7).

Pois os companheiros de cela pressionam o doente a tomar o medicamento por terem medo de pegar e para receber o leite também.... Ajuda mais ficar na cela (P6).

P5, o que você acha? (P7).

Eu isolaria todos da cela... (P5).

Como é feito hoje em dia? (P7).

Não, isolaria o doente... (P5).

Isolaria todos da cela ou só o preso com TB? (P4).

Só o preso, pois na minha opinião, podem até dizer, se está todo mundo junto os que já tinham que pegar a doença já pegou, mas pode ser assim: eu posso não pegar a doença hoje, mas posso pegar daqui uma semana. Então, esta é minha opinião, eu isolaria todos da cela... (P5).

Todos da mesma cela? (P1).

Não. Isolaria o preso... (P5).

Seriam oito celas separadas? (P6).

Assim... Nós somos suspeitos, nele confirmou TB, então deixa ele isolado, os outros ficam na cela comum. Quando o exame dele estiver liberado, aí libera as duas celas (P5).

Eu particularmente, no sistema prisional, vejo que a pressão dos colegas faz mais efeito do que ele sozinho, porque ele sozinho, ele não se sente responsável pela medicação e o clamor dos outros pressiona, pois existe o fato de colocar em risco a integridade física das pessoas... E isto aqui é uma realidade e se ele colocar o outro em risco, ele não vai permitir... (P3).

Então isola a cela com todos (P7).

Sim, os comunicantes e o paciente (P3).

E você, P1? (P7).

O preso não toma, há um risco muito grande dele não tomar o medicamento... (P1).

Mas, tem que lembrar que é a gente que dá (P4).

Eu sei... (P1).

Mas, enquanto não negativar ele vai ficar isolado, então se ele não tomar, ele vai ficar mais tempo isolado... (P5).

Eu peguei a fase de isolamento, o que que acontece, eles não tiram o preso para o sol, não tiram para nada, nem para atendimento. O preso vai ficar lá os 15 dias sem ver a cor do sol. Eles (os agentes penitenciários) levam ao pé da letra: isolamento é ficar sem nada... (P6).

P6,... (inaudível) o preso ficava isolado ali na enfermaria com a portinhola aberta. Aí vinha outro preso para consulta e ficava ali na portinhola conversando... (inaudível) (P1).

Quebra um pouco o estigma, não é? É tuberculose, é, mas por outro lado não analisam, estava com TB, fez o tratamento por 6 meses..." (inaudível) (P4).

A questão de permanecer junto é mais porque se o cara não toma os colegas de cela fazem uma pressão (P3).

Então chegamos a um consenso? Isolamos a cela? (P7).

Sim, eu acho que sim (P6).

Isolamos a cela (P3).

Sim (P4).

Por 20 dias como diz a legislação ou por 15 como recomenda o Manual? A baciloscopia só é feita com 30 dias... (P7).

Isolamos por 30 dias, pois tem a prova (P4).

Concordo (P6).

(Muitas vozes, mas que concordam com o período de 30 dias).

Depois do resultado (P4).

É bom que chegamos em um acordo... O resultado sai em um dia, então não tem problema. Quando formos escrever colocamos que isolamos a cela (todos os presos da cela) por 30 dias (P7).

Antes como é que era? Vocês faziam o exame e se desse positivo vocês liberavam a cela do mesmo jeito dando o período de 15 dias? (P4).

Não... (P6).

Agora, os outros (comunicantes) tem que fazer PPD (Derivado Proteico Purificado) (P3).

Não faz... Voltando aos slides... os procedimentos que ele recomenda: tratamento diretamente observado que a gente já começou a fazer, o que foi um avanço. Devemos registrar o nome, o nome da mãe.... Naquela ficha de triagem a gente já

anota isto. RG, o que nem sempre é possível, pois às vezes ele não tem. UP de origem, se pertinente, data do atendimento inicial e data da conclusão em caderno exclusivo para este fim. Pelo que ele fala, eu acho que é aquele caderno verde do sintomático respiratório (P7).

Deve ser ele mesmo... (P6).

Mas como faltam alguns dados, nós podemos pegar um caderno daqueles pretos de brochura, para não rasgar páginas e fazer com estes dados (P7).

Pode ser o caderno de protocolos (P3).

Isto, a gente faz um protocolo e coloca na primeira página para fazer... (P7).

A gente tinha um caderno de protocolo... (P3).

Ah, entendi... não o caderno de protocolo que gente tinha, a gente monta um... não só para o preso assinar, um que possamos preencher estes dados.

Anotar no prontuário a triagem e o resultado de exames (P7).

A gente vai ter que pedir o resultado (P6).

Vai ter que pedir.

Outras recomendações: estabelecer fluxos e rotinas, que é o que gente está fazendo aqui hoje.

Isto aqui a gente não faz: busca ativa periódica, no mínimo 1 vez ao ano, nos mesmos moldes para todos os ingressos. Ou seja, a gente tem que pegar os 600 e perguntar: você teve tosse, teve febre... (P7).

Risos dos participantes.

Eles vão falar: 'é verdade' (P6).

Risos novamente.

A gente tem que pensar nisto. É muito trabalhoso, mas é a recomendação.

Outras recomendações: a consulta é mensal. O P3 tem razão em dizer que os presos não iam, pois, a PM não levava mesmo, mas a gente tem que insistir. A consulta é mensal, ele tem que comparecer lá. Se ele não for lá pessoalmente, a gente tem que chamar e fazer a avaliação, tem que garantir isto.

A baciloscopia deve ser mensal, se não conseguir mensalmente, deverá ocorrer no 2º, 4º e 6º mês de tratamento. Tem que ter, no mínimo, 4 baciloscopias, a de início, no 2º, 4º e 6º mês.

Lembrar-se de aferir o peso na consulta mensal. Já que a gente vai aferir o peso na consulta mensal, uma coisa que a gente podia fazer aqui é, já no momento do diagnóstico, quando a gente for dar a primeira medicação, já aferir o peso para termos um parâmetro deste peso.

Informar a UP ou o serviço de referência, caso o preso seja transferido ou após o livramento. Em transferência, a gente já manda "os papéis" (o prontuário), e no livramento a gente

acaba não sabendo no momento, então por isso é importante a gente dar esta documentação para ele.

Em caso de transporte, quando ele estiver transmitindo a doença, em até 15 dias de tratamento, o Manual fala, mas a gente vai adotar 30 dias, que é até o tempo de negativar, o preso deverá ir para os atendimentos no CIDI de máscara cirúrgica. Isto a gente até faz, também.

Algumas considerações finais: As ações de prevenção e promoção da saúde são medidas eficazes para interrupção da cadeia de transmissão. Qual é o grande objetivo? É acabar com a TB.

Sensibilizar o preso, e aqui eu incluo o AP também é a melhor estratégia para o sucesso do tratamento (P7).

Final da apresentação.

Então, vamos estabelecer o fluxo que a gente vai fazer... P4, você vai anotando como faremos?

Agora, a partir da Legislação, a gente vai tentar organizar uma rotina, um fluxo para seguirmos aqui na PEL. Alguém se habilita para escrever, ou é a P4 que vai continuar escrevendo? (P7).

A P4 pode continuar (P6).

A letra dela é mais bonita... (P3).

P4, acho melhor a gente fazer de flechinha (referindo ao fluxograma) (P7).

Você quer escrever? A gente vai falando (P4).

Pode ser. Então vamos lá... 100% deles a gente tem que fazer a triagem. Se 100% deles a gente tem que fazer a triagem e nem sempre a gente consegue, o que que vocês acham... Lembrem-se de que a gente vai dividir as tarefas, não é só a P5 ou a P7 que farão as coisas... O que vocês acham da ideia de o plantão noturno pedir a lista das entradas? Por que o plantão noturno? Porque às vezes os presos chegam depois das 5 da tarde, a gente não fica sabendo quem chegou (P7).

Antigamente era automático, o preso chegou e já era mandado para cá (enfermaria), passava por todos os setores: serviço social, jurídica, nós... (P5).

Só que agora isto não acontece, então é a gente que vai ter que cobrar (P7).

P7, aí fala até 7 dias? (P6).

Até sete (P7).

E se a gente estipular, por exemplo, toda segunda? Eu pego a lista da semana anterior e faço a triagem? (P6).

Pode ser (P7).

Seria bom (P1).

É claro que tem semanas que é tumultuado, mas a gente pode estipular assim (P6).

O que vocês acham? Acham que dá certo? (P7).

Eu acho que... (P3).

Porque como a gente não está pegando eles na entrada... (P6).

A gente tem que dividir as tarefas, como a maioria das ações serão no diurno, eu preciso da ajuda do pessoal noturno (P7).

Se estabelecer na segunda, domingo já tira a lista de quem entrou e de quem saiu (P5).

E o noturno já pode deixar impresso de triagem pronto, pois à noite é mais tranquilo para imprimir (P6).

Às vezes, eles já passaram por nós, aí é só a gente riscar o nome da lista, mas a gente precisa da lista (P7).

Pelo menos a lista dos que entraram (P3).

Pessoal, realmente todos precisam estar envolvidos (P7).

Então nós vamos pegar a lista uma vez por semana? (P3).

Todo domingo, ok?! Tarefa do plantão noturno. E que dia a gente vai fazer a triagem? (P7).

Segunda e quarta (P1 e P6).

Mas, se ele chegar para nós a gente já faz (P4).

Isto. A gente estabelece segunda e quarta como rotina, mas se for possível antes, melhor. Quando chegar a lista a gente já risca.

Lembrando que tem que ser até 7 dias. Isto é bem importante (P7).

(Inaudível).

Quando teve aquele surto de gripe A gente criou um formulário (P3).

Eu vi o de vocês. Lá na unidade que eu trabalhava também foi criado um. Então gente, nós faremos a triagem até 7 dias. O que vai constar na triagem? Pois tem algumas perguntas específicas... vamos esquecer esta imunização de hepatite e tétano. A gente tem que fazer, mas vamos deixar este assunto para um outro momento.

Conforme o slide, a triagem tem que ser feita até 7 dias e registrada no prontuário, mas não precisa registrar novamente na avaliação clínica. Se você fez naquele impresso de triagem... ah, vou colocar aqui nas atribuições do noturno: imprimir avaliação de enfermagem... (P7).

Nesta triagem a gente vai oferecer o TR (P4).

Não pode esquecer de anotar no livro de solicitação de exames (P3).

Isto, no livro... (P4).

Deixe-me chegar em algumas questões... olhe, isto aqui não podemos deixar de perguntar na TB: os sintomas. Quais são os sintomas? (P7).

Tosse, febre baixa vespertina... (P3).

Sudorese... (P6).

Emagrecimento... (P1).

Vai ter... pode ter caso de TB sem tosse, né? (P5).

Pode... por isso a importância do RX (P7).

Aquele paciente não teve tosse (P4).

Ele não teve? (P7).

Ele tinha escarro, mas ele nunca falou de tosse (P4).

Mais era dor... (P6).

Ele falava dessa dor no peito (P4).

Ele já reclamava há muito tempo, P4? Eu não lembro.... Então é bom a gente ficar atento a isto. Às vezes, o cara não tem tosse e nem escarro, mas está falando, não custa ligar lá no CIDI, pois lá tem o raio-x (P7).

Ainda mais quem já teve TB, como é o caso dele (P4).

Vamos para o próximo. Vamos por aqui: caso diagnóstico.... Se suspeito vamos colher o escarro ou contatar com o CIDI como a P4 está falando.... Colher o BAAR. A gente tem dia para colher o BAAR, a primeira amostra? (P7).

Agora não (P1).

Não (P3, P4 e P6).

Colhe na hora (P5).

Isto. Chegou na triagem, tem sintomas, já dá o pote e colhe na hora (P7).

Guarda na geladeira e leva no outro dia (P4).

Então revisando, se na segunda-feira ele descer para fazer triagem, se ele apresentou alguma coisa a gente já colhe (P6).

Mesmo no domingo, se fez triagem, pode colher e armazenar na geladeira que na segunda a gente leva (P4).

Se vem à noite vai fazer? (P3).

Isto, em qualquer horário. Se chegou e acha que tem que colher, já faça isto (P7).

Se desceu e não tem prontuário, já abre um e faz triagem (P3).

Perfeito. Diagnóstico negativo. Deu negativo, o q a gente faz? (P7).

Orienta e libera (P1).

Daqui um ano você volta (P4).

Libera para cela? (P5).

Sim. Não vai dar o alvará para ele (risos) (P6).

Neste slide está tudo que a gente precisa em caso de positivo. A partir de agora, o que a gente vai pedir para o CIDI? Impresso positivo da baciloscopia (P7).

Esquema de tratamento (P4).

Esquema de tratamento e receita médica... (P3).

Isolamento... (P5).

Sim, já vamos especificar o isolamento, P5 (P7).

É importante eles mandarem o medicamento com a receita (P1).

E a receita médica, resultado impresso da baciloscopia e data de início e término do tratamento. O que nós vamos fazer com isto aqui? Entregar uma via para o preso e deixar uma via no prontuário (P7).

Isto (P4).

É trabalhoso, mas é necessário... (P7).

É só no começo... (P6).

O HIV? Não é fornecido uma cópia para ele e orientado? É a mesma coisa... (P3).

Gente, deixe-me esclarecer algo sobre o teste rápido. Se o preso tiver documento de identidade, a gente faz o laudo e entrega para ele. Vocês viram isto no treinamento também? (P7).

Isto mesmo (P6).

Se não, fica só com a gente. A gente pode fazer o laudo e deixar no prontuário (P7).

E falar o resultado para o preso (P4).

Porque antes a gente imprimia o resultado de exame e entregava uma cópia para o preso (P3).

É, eu via isto. Mas, agora não é dado uma cópia por ele não ter o documento. Agora, a gente tem feito mais o TR (P7).

Mas, não tem o laudo? (P3).

Tem o laudo, a gente faz, mas o problema é entregar o laudo se ele não tiver um documento que comprove que ele é ele.

Esse agora é o protocolo. Se não tiver isto, não pode (P6).

Mas, se você faz o TR na frente dele, como ele não vai saber? (P3).

Não, P3, falar a gente vai falar, a gente só não vai entregar o resultado... (P4).

Para ele não te processar depois...No começo parece muita coisa.. (P7).

Oferecer o teste rápido a gente já colocou... O isolamento: então a gente chegou num acordo que em caso positivo a gente isola a cela toda por 30 dias (P7).

Isso (P6).

30 dias... isso... os comunicantes e o portador (P3).

Gente, deixe-me só falar um negócio... o preso que veio da delegacia, será que ele vai estar na mesma cela de todos que vieram da delegacia? (P7).

Aí não, né? Por que daí fica difícil saber com quem ele estava (P6).

Este sim a gente colocaria em isolamento individual? (P7).

Sim (P3).

Este tem que ficar sozinho (P4).

Então concordamos que este deverá ficar sozinho na cela? (P7).

Sim (P1, P3, P4, P5 e P6).

(Inaudível).

P7, semana passada o diretor ligou perguntando se tinha uma cela disponível para isolamento, pois queriam mandar um preso da delegacia (comTB) e como não tinha cela para isolamento, não veio (P6).

Os que vem da delegacia... lembram que ele colocou aqui... (P7).

Os que vem de fora até 15 dias (P5).

Os que vem de fora com sintomas muito característicos (P3).

Normalmente, os que vem do distrito (policia) se já fez o diagnóstico, já vem com o tratamento para o sistema (P6).

E aí, esse transporte quando vem do distrito, eles vêm de camburão, vem um monte... só que aí eles são alocados em locais diferentes (P1).

Nem fala, por isso que tem que fazer a triagem (P7).

Sobre o pátio... aquela coisa, né... o agente não quer pôr no pátio... porque em ambiente aberto... (P6).

O que eu pensei que a gente pode fazer é: quando colocar o papel 'Isolamento' colocar: pode ir para o pátio (P7).

Porque eles ficam com esta dúvida (P6).

Ontem aquele que chegou vai estar de triagem, de qualquer forma, não pode ir para o pátio (P5).

Não, não, este sim, mas os que já estão aqui (P6).

E visita liberada (P1).

Colocamos pátio e visita liberada (P7).

E visita íntima? (P4).

Visita íntima... (P3 e P6).

Ele pode levar a máscara (P6).

Olhe P4, eu penso assim, ele pode, pois ele já teve outras visitas íntimas enquanto já tinha o bacilo, pois ele está aqui há um tempo e o do distrito... (P7).

O do distrito não terá visita mesmo, pois está de triagem (P4).

Tirar a roupa ele pode, só não pode tirar a máscara... (risos) (P6).

Beijar na boca não pode, é muito íntimo... (risos) (P4).

Continuando... TDO sempre. Tratamento diretamente observado. A gente tem que manter uma coisa que a gente conquistou (P7).

Ah, vai fazer um caderno (P4).

Isto, vai fazer um caderno (P7).

Um protocolo (P4).

(Inaudível).

Porque nós vimos lá, com a luz do sol o bacilo morre (P6).

(Inaudível).

P6, você monta o caderno de protocolo? (P7).

Monto. Você coloca o que precisa? (P6).

Sim, eu monto o organograma e a rotina e coloco lá (P7).

Coloca o nome, idade, filiação.... Vai ser colado duas folhas? (P3).

Este caderno é para... (inaudível) (P1).

O fluxo eu coloco na primeira folha (P7).

Igual o P3 fala, faz um impressozinho e... (P4).

Isto. (P3)

Igual do hipertenso. Nome, tal, tal, tal... a gente só preenche".

Ou até mesmo digita. Se você vai preencher, a letra fica muito mais legível... (P3)

Só imprime e vai colando conforme vai acrescentando (P4).

A letra fica uniforme, vocês não acham que fica melhor? A minha fica horrível. A do P5 não dá para entender nada.... A do P1 é grande demais (P3).

A minha letra é um caderno preenchido... (risos) (P1).

Pessoal, por favor, não vamos esquecer de anotar em prontuário (P7).

Podia fazer um carimbinho, né? (Risos). Não tem o carimbo da vacina? Dá para pedir um carimbo deste (P3).

P4 passa aí, por favor... Busca periódica uma vez por ano (P7).

É inviável (P3).

É viável, se a gente se esforçar é viável. Eu vou pensar alguma estratégia em relação a isto (P7).

Como é que é? (P4).

Uma vez por ano a gente tem que chamar todos os presos (P7).

Este trabalho, no meu ponto de vista, quando for fazer, se tiver tudo certinho, você não precisa nem descer o preso, bota uma cadeira no quadrante... (P1).

Igual na vacina (P4 e P7).

A gente não fez prova tuberculínica (PT) em todo mundo em um dia? (P7).

Mas, para fazer isto tem que ter efetivo. Igual ontem, eles não tiraram os presos para o atendimento por que não tinha gente (P1).

Não vamos pensar na dificuldade técnica, porque senão a gente não faz nada (P7).

Continuando... A busca ativa. Então, o que a gente tem que fazer? Buscar todos (P7).

Esta busca ativa é a pesquisa (P3)..

É... na entrada (P1).

Não, é que estes... (P6).

(Inaudível).

Não. Nos casos positivos, a gente vai chamar todo mundo da cela vai orientar e perguntar: você está tendo algum sintoma? Sentindo alguma coisa? (P7).

No caso daquele paciente nós fizemos duas baciloscopias dos companheiros de cela que disseram ter sintomas (P6).

Vocês fizeram duas baciloscopias? Quando eu os entrevistei, eles negaram qualquer sintomatologia, por isso eu nem quis colher (P7).

Foi feito (P6).

Mas eles, no dia de colher, não quiseram colher, aí descartou (P4).

Então a gente faz assim: se falou dos sintomas, a gente já dá o pote na hora.... Quer colher? (P7).

Está preocupado? Aqui está o pote (P4).

Dói, não dói... a gente encaminha (P3).

Eu vou por 'comunicantes' que fica mais fácil a gente entender como faz, tudo bem? O que mais que fala aí? (P7).

Se possível, raio-x.... (P4).

Ah, eu não passei para vocês, né? Que a gente não faz mais PT, pois a PT não quer dizer que a pessoa teve contato naquele momento, quer dizer que ele teve contato em algum momento da vida dele. Então assim, você só vai gerar ansiedade na pessoa, porque infecção latente você só trata no caso de co-infecção HIV/ AIDS. Então não vamos fazer prova tuberculínica....

Aqui diz: orientar familiar a procurar UBS. Aqui, a gente vai falar com o preso... (P7)

Quando tiver visita comunicar o familiar e dizer para ele procurar a UBS (P4).

Também a gente tem que deixar um pouco na responsabilidade dele.

Passa aí... A consulta mensal.... Vamos tentar garantir, por mais que a PM fale que não é necessário, a gente finge que não ouve (P7).

Manter a rotina da coleta de escarro (P4).

A rotina é com 30 dias, pelo menos 4 amostras durante o tratamento (P3).

A P4 falou que não colhem mais a segunda amostra (para diagnóstico). Como no Manual diz que tem que colher, nós vamos fazer, tudo bem? (P7).

E também ela falou de boca, né?! A enfermeira... não foi nada oficial. Colhe a primeira num dia e no dia seguinte a segunda (P4).

Já leva antes deles falarem que não (P6).

Antes eram 3 amostras, agora é duas, daqui uns dias é uma (P3).

Está bom, né? Daqui uns dias é TR (P4).

Mas, já tem o TR, P4 (P6).

Mas, não vai ser a gente que vai fazer o TR, né? (P4).

Sim... (P6).

Não, este exame será feito pelo farmacêutico.

O peso a gente esqueceu, vamos colocar aqui já... na triagem pesar (P7).

Todos? (P1).

É, na triagem a gente já pesa. O que vocês acham de pesar todos? (P7).

Ah, vamos! (P4).

Ah, não (P1).

Todos não, só os que forem suspeitos, só (P3).

Não gente, mas a perda de peso pode ser outra doença (P4).

Pode ser outra doença, mas só os suspeitos... (P3).

Às vezes ele reclama... (P6).

Nos outros não... Perda de peso, tem os que têm HIV e perdem peso e não significa nada (P3).

Mas, vai ser só na triagem, só na primeira vez (P4).

Só na primeira... (P3).

Uma coisa que eu acho que é importante que a gente não faz e poderia fazer na triagem é aferir a pressão... pelo menos a pressão, para ter um parâmetro (P6).

A pressão, a gente faz (P3).

Não, não (P7).

A gente faz em pé... (P6).

Então na verdade não é feito como se deve ser feito... (P3).

Ah, vamos fazer... (P1).

Daí passa 5 dias, começa o AP... Porque ele fala que é hipertenso e toma remédio controlado (P6).

Aí você fala: como você tem? A gente conseguiu ver. Então, vamos mesmo aferir peso e pressão (com o preso já em tratamento)? Ou a gente deixa mesmo para o CIDI? Eu não sei como é lá? (P7).

Ah, eles pesam lá... A gente podia, porque no retorno ele passa por aqui (P4).

Ah, boa ideia... (P7).

Retornou do CIDI, a gente já pesa, porque vai ter que pegar o remédio... (P4).

Vocês acham que ficaria muito ruim colocar a balança ali perto da geladeira? (P7).

Perto da geladeira ficaria ruim... (P3).

Ah, esta balança vai estragar rapidinho (P1).

Coloca ali perto do corredor... (P5).

Todo dia vão querer pesar (P1).

Eu acho que no consultório fica bem melhor, porque aqui, no caso desta triagem inicial a gente pode fazer aqui, porque daí a gente já vê certinho pressão, pesa e evita ficar andando para lá e para cá (P6).

Ótimo (P7).

Onde vocês estão pensando em fazer? (P3).

Aqui (P6).

A balança antigamente ficava aqui (P3).

Pega aquela mesa do anexo e traz aqui (P1).

Não, aquela não dá, como a gente vai usar lá? (P4).

Informar a UP ou o serviço... o que é que aconteceu? (Problema na exibição do slide) Ah, deve ter aumentado a temperatura, então eu vou lendo aqui (no computador), está bom?

Informar a UP ou o serviço de referência caso o preso seja transferido. Então: enviar os documentos em caso de transferência (P7).

E quando ele for em liberdade ela já vai estar, né? (ter em mãos os documentos, resultados de exames, carteirinha do CIDI) (P4).

Sim, isto a gente vai entregar no começo (P7).

A gente só vai entregar o remédio? (P4).

Isto. E como o documento já está com ele desde quando diagnosticou, então a gente não precisa se preocupar com isto, está bom?

E no caso de transporte, usar máscara. Isto a gente já faz (P7).

Já é preconizado (P3).

Então pessoal, é isto que a gente vai estabelecer hoje, então vamos aqui colocar... então a P6 vai fazer o livro. O pessoal da noite, todo domingo vai imprimir a ficha de triagem e pegar a lista de entradas da unidade. E a gente (pessoal do diurno) vai fazer a triagem toda segunda e quarta... Tratamento diretamente observado: continua do jeito que está? O pessoal do dia dá, ou o pessoal da noite dá? O que vocês acham? (P7).

O quê? (P1).

O remédio, ver o preso tomar. Tem que ver o preso tomar (P7).

Olha, a gente já vai levar o remédio psicotrópico, é inevitável, você tem que ir até lá, colocar mais um remédio não vai fazer diferença (P3).

Deixamos para noite... a gente só tem que garantir que ele tomou, olhar mesmo. Então, o TDO a gente deixa para o pessoal da noite, já neste plantão já fica para vocês (P7).

Só deixa como é o esquema (P3).

Pode deixar P3, vamos deixar direitinho.

Combinado então. O pessoal da noite vai imprimir as entradas e a avaliação de enfermagem e o TDO, nós do dia vamos fazer as triagens e outras coisas, a Carmen vai fazer o livro. Eu vou fazer o fluxo e o organograma e vou deixar no mural e no caderno. Por hoje chega, muito obrigada (P7).

OFICINA 7 – O que podemos melhorar? (2ª avaliação do protocolo)

Oi gente, bom dia a todos, vamos iniciar a nossa última oficina de EPS sobre TB. Esta é a segunda oficina de avaliação sobre o nosso protocolo (P7).

Será que cumprimos a nossa meta? (P1).

O que vocês acham? (P7)

Podemos não ter cumprido tudo, mas estamos nos esforçando (P6).

Acho que a maioria nós cumprimos (P4).

O esforço de todos aqui é notável e o, mais importante que vejo, é que todos têm vontade (P2).

Tem, sim, P2 e eu acho que avançamos muito.... Até a moça lá do DEPEN já sabe do nosso projeto e está interessada em levar para frente.... Elogiou um monte.

Bom, vamos lá, o nosso tempo hoje está um tanto reduzido por conta da visita do pessoal, mas também não vamos nos alongar muito, já que é mais para avaliarmos como estamos andando.

Vamos lá, eu coloquei novamente os cartazes do fluxo e da rotina que montamos juntos para ver onde estamos acertando e onde estamos falhando.... Hoje eu quero alguém para ler os itens e conduzir esta parte, alguém se habilita? (P7).

O chefe novo (P6).

Isto (P1 e P3).

Boa ideia, vai lá P2 (P4).

Sim (P5).

Eu não, tenho vergonha, sou tímido (P2).

Você não quer, P2? (P7).

Não (P2).

Alguém quer? (P7).

Eu vou, então (P6).

Boa. Passa para cá (P7).

Vai, P6, você é uma boa professora (P1).

P6, você fala o fluxo que está aí, que eu vou interligando com a rotina que estabelecemos, ok? (P7).

Ok, só não sei se sou boa professora como o P1 disse (P6).

É sim, P6, confie em você (P2).

É sim, você é enfermeira também (P5).

Então vou começar. Triagem: avaliação de enfermagem até 7 dias (P6).

Então, o que acordamos como rotina neste quesito? (P7).

Que o pessoal da noite imprimiria as entradas da semana aos domingos (P3).

E o que mais, P5? (P7).

Além das entradas? É... imprimir as avaliações de enfermagem (P5).

Isto (P6).

E aí, gente, como estamos neste quesito? (P7).

Eu tenho imprimido. Às vezes, quando falta tinta na impressora eu peço para os guardas tirarem uma impressão das entradas na inspetoria para mim (P3).

Eu também tenho feito, só quando eu estou de folga que não (P5).

As avaliações agora a gente tem bastante (P4).

As entradas o pessoal está deixando em cima da mesa, eu tenho percebido (P1).

Eu também tenho visto (P6).

Ótimo, então o primeiro passo nós estamos acertando. Próximo, P6, por favor (P7).

Triagem até 7 dias.... Agora que está entrando pouca gente dá tempo de fazer. A gente faz no dia que chega, ou já no outro dia, é difícil ter alguém para trás (P6).

A não ser quando a DISED não registra as entradas no sistema de informação, como aconteceu com aqueles presos que chegaram semana passada que foram para a 4ª galeria (P4).

É mesmo, aqueles lá nós fomos descobrir da existência deles quase um mês depois quando um veio para o médico (P2).

E ninguém sabia desses presos? (P7).

Não. Aqui a DISED não informa nada, parece que quer esconder tudo da gente, parecem que tem um medo da gente sair dedurando (P1).

Dedurando o quê? (P2).

Ah, quando tem geral a gente nunca sabe... (P1)

Ai, ai... (P3).

(Risos).

Ok, vamos voltar. Então temos mais uma tarefa cumprida? (P7).

Sim (P1, P2, P3, P4, P5 e P6).

Ei, vamos pegar um outro papel e fazer um check-list do que estamos fazendo, do que estamos fazendo parcialmente e o que não estamos fazendo? (P7)

Eu vou lá pegar o papel (P2).

P2, está no armário branco, é um papel craft... (P7).

Já volto (P2).

Enquanto o P2 pega lá, vamos continuar... (P7).

Livro de protocolo (P6).

No livro eu ainda tenho dúvidas do que anotar... (P4).

P4, você anota o nome, idade, filiação, peso, data do diagnóstico, data de início e término da 1ª fase e qual o esquema medicamentoso, data de início e previsão de término da 2ª fase e o esquema. Qualquer dúvida é só olhar na página anterior (P7).

E aí só anota quem deu positivo e está fazendo tratamento? (P3)

Sim, os outros, são anotados no Registro do sintomático respiratório e no prontuário. Esta atividade ficou como atribuição minha, mas nada impede de vocês anotarem... (P7).

Eu anotei daquele preso (P6).

Ah, eu vi... obrigada! (P7).

Claro, com certeza (P2).

Ok, P6. Continuando.... (P7).

Teste rápido e peso... estes estão ok (P6).

Mas vocês estão pesando só na triagem ou quando volta de consulta também? (P7).

Eu peso nos dois (P6).

Eu também (P4).

E você, P1? (P7).

Eu também peso. O preso chegou da consulta no CIDI, antes de subir para galeria, eu já peso. Aliás, eu sou contra esta balança aqui no setor, P7. Ela só serve para os presos virem encher o saco e pedir para pesar toda hora, você tem que ficar abrindo a porta do consultório toda hora para os bonitões se pesarem (P1).

Eu sei que é ruim, P1, mas ela é importante para ajudar no diagnóstico de doenças. Olhe aquele preso, você viu que uma das coisas que nos ajudou a desconfiar da TB foi justamente a perda de peso? Então, vamos mantê-la aqui. Quando alguém vier pedir para pesar e você não puder, diga que aquele não é o momento e que volte outra hora (P7).

O teste rápido está funcionando redondinho (P4).

Está mesmo. Acho que é o que a gente mais faz (P6).

Por enquanto estamos de parabéns.

Ah, me esqueci, vamos anotar no nosso check-list (P7).

Eu anoto (P4).

Então vai lá, P6. Impressão de entradas e avaliação de enfermagem: ok (P7).

Triagem em 7 dias: parcialmente feita (P3).

Parcialmente ok, por causa da segurança, não por nossa causa (P1).

Eu também concordo, e só aconteceu uma vez. Então, eu acho que podemos colocar ok (P2).

Vocês têm razão. Coloca ok, P6.

O livro de protocolo agora está ok (P7).

Peso e teste rápido, ok (P6).

Volta lá, P6 (P7).

Onde? (P6).

Na triagem. Vocês estão perguntando sobre os sintomas da TB? (P7).

Sim, eu pergunto (P1).

Eu também (P4).

E vocês conseguiram identificar alguém com sintomas? (P7).

Eu identifiquei um, coletei o escarro, mas deu negativo (P6).

Que bom (P7).

Eu também coletei escarro de um que apresentava sintomas, mas ainda bem, deu negativo (P2).

Que bom. Então, P6, escreve investigação do sintomático respiratório na triagem: ok. Continua, P6 (P7).

Em caso de negativo o BAAR ou ausência de sintomas, liberar (P6).

Isto está ok, nem precisa escrever, P6.

Só uma coisa.... Mesmo com resultado negativo, vocês estão dando uma cópia do resultado para o preso? (P7).

Sim (P1, P2, P3, P4, P5 e P6).

Ótimo (P7).

Em caso de BAAR positivo: entregar uma cópia para o preso, agendar consulta médica e iniciar o tratamento (P6).

E aí, estamos fazendo? (P7).

Agora que a máquina de xerox está funcionando novamente eu entrego o resultado. E a receita médica vem duas vias do CIDI e eu entrego uma para o preso (P4).

A consulta médica, o próprio CIDI liga agendando quando tem o resultado positivo (P3).

É, neste ponto a gente não tem o que reclamar do CIDI, eles correm atrás do doente de TB... Mas, e a data de início e término de tratamento, nós estamos colocando em um papel, por escrito, e entregando para o preso? (P7).

Isto não (P2).

Então, o que vocês acham de, na hora que formos entregar o resultado, já anotarmos lá, a data de início e a previsão de alta? Assim, se ele sair da unidade já terá estas informações com ele o que pode ajudar outros serviços que a gente não tenha contato de imediato (P7).

É uma boa ideia (P1).

Não vamos esquecer isto, ok? (P7)

Posso colocar: entrega de documentos parcialmente feito? (P6).

Sim, pode. Está cansada, P6, quer mudar de relator? (P7).

Não, estou bem. Isolamento do preso (P6).

A gente está isolando (P4).

Sim, inclusive eu coloco na 'plaquinha' de isolamento que envio a DISED para colocar na porta da cela: não remanejar os presos desta cela. Pode ir para pátio de sol. Colocar máscara ao abrir a portinhola (P7).

Mas, não adianta, o povo é teimoso. Eles não soltam o preso para o pátio de sol. É como se ele estivesse em isolamento disciplinar (P6).

Mas, no caso deste último, ele estava mesmo. Acho que foi por isso que não soltaram (P1).

Acho que eles têm receio (P2).

Eles têm receio sim, mas também cometem falhas Remanejaram os comunicantes daquele paciente e só depois se tocaram (P7).

Foi mesmo, foi o AP que veio perguntar (P1).

(Risos).

E depois o AP foi lá arrumar... (P4)

É verdade. Ainda bem que tudo foi resolvido... (P7).

E ainda não veio nenhum do distrito (P3).

Sim, ainda não tivemos este caso desde que começamos a nossa intervenção.

P6, coloque, por favor, isolamento ok. Gente, vocês se lembram que colocamos atribuições para cada um, porém cada um contribui com um pouco mesmo sendo atribuição do outro. Isto eu gosto muito de vocês, a cooperação.

P6, sua vez (P7).

TDO, tratamento diretamente observado (P6).

Quando eu estou aqui, eu faço. Eu subo a galeria, vejo o preso tomar o medicamento. Quando eu estou de folga, eu deixo com o agente (P3).

Eu também (P5).

E aquela confusão com as dosagens, de quantos comprimidos o preso tinha que tomar, foi resolvida? (P7).

Sim (P5).

Então, esta atividade, que é uma das mais importantes na TB, a que a gente houve falar em toda capacitação, só não está efetivamente sendo realizada por causa das folgas e por não ter ninguém da enfermagem nas ausências do pessoal do

plantão. Bom, ao menos o agente entrega, que é o que esperamos (P7).

Então, TDO parcialmente sendo feito? (P5).

Sim, e não é por descuido, é por falta de pessoal”.

Vamos ver o que mais.... (P7).

Anotar no prontuário (P4).

Claro, anotar no prontuário. E daí, como estamos neste quesito? (P7).

Eu anoto (P1).

Eu sei que você anota. Não é por falta de anotação que o preso vai morrer, né P1? (P7)

Eu anoto tudo. Tudo tem que ser registrado (P1).

Isto mesmo. Tudo tem que ser registrado, independentemente de ser sobre TB ou não. Bom, em relação a TB eu vejo que tudo tem sido anotado, porém não devemos nos esquecer de anotar todas as nossas avaliações e não, só deixar no livro de plantão. Lá não é o documento do preso, o que vale é o que está escrito no prontuário (P7).

Orientação de comunicantes e familiares (P6).

Eu chamo todos os presos da cela e oriento o preso a avisar os familiares. Como era responsabilidade minha, então ok. Cumprida (P7).

Peso e avaliação pós consulta? (P6).

Ok. Eu quero propor ao P2 dividir esta tarefa comigo. Pode ser, P2? (P7).

Claro (P2).

Ótimo. Dá um ok nesta atividade, P6 (P7).

Coleta de escarro mensal, ok. Consulta mensal, ok (P6).

Agora a escolta está funcionando bem melhor, pois antigamente eles não queriam levar o preso para o CIDI de jeito nenhum. Falavam que eles iam lá só para pegar o remédio (P3).

Agora eles levam todo mês, sem reclamar (P4).

E é muito bom ele ir ao CIDI, nos poupa de um monte de trabalho e o preso tira as dúvidas com o pessoal de lá. Registro do sintomático respiratório (P7).

O que é isto? (P5).

É aquele cadernão verde do Ministério da Saúde que fica na gaveta da mesa do posto de enfermagem. Lá a gente deve anotar todas as coletas que fazemos.... Na última oficina, nós comentamos que isto, nós não estávamos fazendo. E agora? (P7).

Agora eu tenho feito (P2).

Eu também. Quando preencho a requisição, eu já faço isto. Você também, P2? (P7).

Sim (P2).

Então, registro no sintomático respiratório está sendo feito”.

Agora.... O último: a busca ativa do sintomático respiratório... (P7).

Eu estou mais atenta, no entanto que pergunto da tosse, do peso, da febre e colho escarro se acho que devo, mas ainda há muita mentirada... o preso fala que está com TB, mas é só tosse alérgica (P6).

É como eu falei, eu procuro e coeto escarro se achar necessário. Aquele preso que comentei anteriormente, foi um caso deste (P2).

E os outros? (P7)

Eu estou à caça.... (P4).

(Risos).

A gente tem que ficar atento, eu sempre investigo (P1).

Como eu quase não vejo preso à noite, não tenho muito o que investigar, mas se alguém fala que tem tosse, eu pergunto sobre outros sintomas de TB (P5).

Eu também (P3).

Coloco busca do sintomático respiratório como completamente feita? (P6).

Sim, P6, pois embora, o pessoal da noite não tenha muito contato, eles estão de olho.

Ah, estava me esquecendo.... E o encaminhamento do prontuário em caso de transferência para outra unidade? Este está ok, né? (P7).

Sim (P1, P2, P3, P4, P5 e P6).

Ótimo, gente, evoluímos muito! Apesar de algumas limitações, o protocolo está funcionando bem! Esta é a nossa última oficina de TB. Eu gostaria de propor para vocês, fazermos uma reunião mensal para ver como estamos andando, o que precisamos mudar e até incluir temas novos para nossa educação permanente em saúde, o que vocês acham? (P7).

Olhe, P7, eu achei estas oficinas muito boas, foi muito bom reaprender e seria muito bom termos mais oficinas como esta. E também, aqui a gente pode nos encontrarmos mais com o pessoal da noite e isto serviu até para nos deixarmos mais unidos. Acho que seria ótimo continuarmos com elas (P1).

É mesmo, a gente nunca tem isto aqui no presídio (P3).

E também, podemos dividir os temas e cada um dar um curso de alguma doença (P6).

É uma boa ideia, P6 (P7).

Eu sou suspeito para falar, pois eu gosto muito de educação continuada, acho que a gente tem que manter a chama acesa. Eu gostaria que o DEPEN tivesse estes cursos, mas pelo que o pessoal diz, não há muito disto (P2).

Não mesmo (P7).

Foi muito bom falarmos da TB, pois muita coisa eu já tinha esquecido. Os esquemas de tratamento mudaram, tudo ficou mais moderno. Podemos falar de HIV/AIDS numa próxima ou de hanseníase já que temos um preso com Hansen agora... (P3).

É uma boa ideia, P3, vamos nos programar.

Então para finalizar esta oficina, eu vou passar uma apresentação de power point da secretaria de saúde chamada: Coisas para se fazer pós capacitação (P7).

Apresento os slides e concluo a oficina.

APÊNDICE B - ROTINA DE ATENDIMENTO PARA RASTREAMENTO DA TUBERCULOSE

Aos domingos à noite: solicitar à Inspetoria, a relação de ingressos da semana anterior;

Imprimir “Triagem de enfermagem” (arquivo em Excel na pasta Enfermaria)

Às segundas e quartas-feiras: triagem de enfermagem (responsabilidade de todos)

A triagem tem que ocorrer até 7 dias da entrada do preso na UP.

No momento da triagem:

- Oferecer teste rápido
- Pesar
- Verificar sinais vitais
- Preencher a “Avaliação de enfermagem”, lembrando-se de perguntar sobre a TB: se apresenta algum sintoma (tosse com expectoração por mais de 2 semanas, sudorese e febre), se tem antecedente de TB, imunodepressão e diabetes mellitus.

Se apresentar sintomas colher Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR) e encaminhar ao CIDI

BAAR negativo: orientar o preso

BAAR positivo: Encaminhar o preso para consulta no CIDI

- Solicitar ao CIDI o resultado impresso e a receita médica (P4).
- Entregar ao preso: cópia do resultado do exame, da receita médica, da carteirinha do CIDI, anotação com data de início e previsão de término do tratamento (P1).
- Anexar ao prontuário os originais da documentação acima, exceto a carteirinha do CIDI (P1).
- Não se esqueça de anotar todas as condutas tomadas no prontuário do preso.
- Isolamento da cela que está alojado o preso com diagnóstico de TB por 30 dias. (P7)

- Isolamento do preso que chegou do DP em até 15 dias. (P7)
- Imprimir “Isolamento respiratório” e fixar na cela do preso. (P7)
- Realizar TDO. (P3 e P5)
- Busca ativa dos comunicantes (os presos da mesma cela) em até uma semana após o diagnóstico. (P1, P2 e P7).
- Orientar o preso a aconselhar os familiares a procurar à UBS caso estejam com sintomas de TB. Esta ação deverá ser feita no momento do início do tratamento (P1).
- Encaminhar o preso para consulta mensal no CIDI (P4). Caso não consiga comparecer à consulta, realizar consulta de enfermagem mensal (P2 e P7).
- Ao retornar da consulta, aferir peso (P6).
- Colher escarro mensal.
- Em caso de transferência: enviar o prontuário para UP de destino.

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Londrina, 11 de setembro de 2014.

Ilustríssimo (a) Senhor (a)

Eu, Vanessa Cristina Neves Fabrini, discente do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, responsável principal pelo projeto de pesquisa sob o título: IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA DE TUBERCULOSE A PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NA PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE LONDRINA: PESQUISA-AÇÃO, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizá-lo na Penitenciária Estadual de Londrina (PEL).

Este projeto de pesquisa, atendendo o disposto na Resolução CNS 196 de 10 de Outubro de 1996, tem como objetivo implantar assistência sistematizada de tuberculose em conformidade com as políticas públicas e legislações vigentes à população privada de liberdade na PEL. Serão realizadas oito oficinas de educação permanente em saúde aplicada aos técnicos e auxiliares de enfermagem e haverá também revisão sistemática de prontuários e do Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde. Esta atividade não apresenta riscos aos participantes. O período previsto para coleta de dados é de setembro a dezembro de 2014. Espera-se com esta pesquisa, sistematizar a assistência à tuberculose na Penitenciária Estadual de Londrina.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.S^a, para coletar os dados junto aos profissionais que compõe a equipe de enfermagem da PEL.

Em caso de dúvidas, estarei a disposição para esclarecê-lo pelos telefones (43) 32422135, (43) 96414126.

Atenciosamente

Vanessa C. Neves Fabrini
Vanessa Cristina Neves Fabrini

Pesquisadora

Ciente e de acordo:

Nome: Cristiano Ivano
Diretor / PelAssinatura Data: 11/09/14

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO “**IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA DE TUBERCULOSE A PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE DA PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE LONDRINA: PESQUISA-AÇÃO**”.

Prezado (a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “**Implantação da assistência sistematizada de tuberculose a pessoas privadas de liberdade da Penitenciária Estadual de Londrina: pesquisa-ação**”, a ser realizada na “**Penitenciária Estadual de Londrina (PEL)**”. O objetivo da pesquisa é “**Implantar assistência de tuberculose conforme políticas públicas e legislações vigentes na PEL por meio da educação permanente, monitorar os efeitos desta implantação e avaliar os resultados da assistência**”. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: participação de oficinas pedagógicas gravadas em vídeo.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Após a conclusão da pesquisa, todas as gravações serão inutilizadas de forma que não possam mais ser reproduzidas.

Esclarecemos ainda, que o (a) senhor (a) não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Os benefícios esperados são melhorar a assistência de tuberculose e diminuir o risco de transmissão da doença.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar através da pesquisadora Vanessa Cristina

Neves Fabrini, Rua Brasília de Araújo, 687, Bela Vista do Paraíso-PR, tels: (43) 32422135 e (43) 96414126, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455 ou por e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor (a).

Londrina, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador Responsável

RG: _____

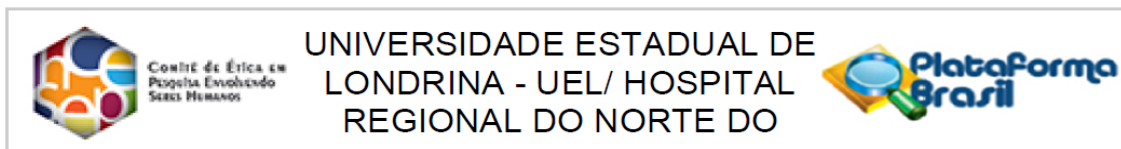
_____ (**NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA DE TUBERCULOSE A PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NA PENITENCIÁRIA ESTADUAL DE LONDRINA: PESQUISA-AÇÃO.

Pesquisador: Vanessa Cristina Neves Fabrini

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34938714.3.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 809.861

Data da Relatoria: 26/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa-ação sobre Implantação da Assistência Sistematizada de Tuberculose pela equipe de saúde à população privada de liberdade na Penitenciária Estadual de Londrina. O trabalho será desenvolvido junto à equipe de saúde da instituição, composta por um médico, um enfermeiro e cinco técnicos de enfermagem, no período entre setembro e dezembro de 2014. Serão realizadas reuniões e oficinas com a equipe de saúde. Também haverá revisão de prontuários e do Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde, para o monitoramento e avaliação dos resultados. Acredita-se que o trabalho estimulará os membros da equipe a mudarem suas práticas e consequentemente a realidade da assistência de tuberculose naquela instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Implantar assistência sistematizada de tuberculose em conformidade com as políticas públicas e legislações vigentes à população privada de liberdade na Penitenciária Estadual de Londrina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos para os participantes envolvidos. O principal benefício é a sistematização da

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

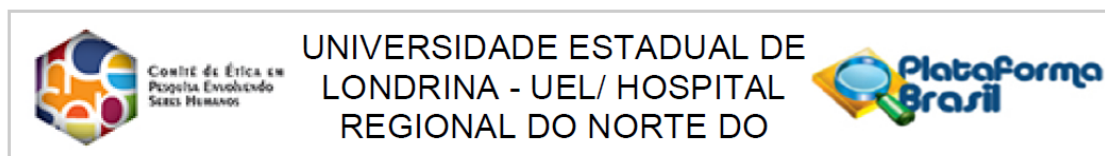
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 809.861

assistência à tuberculose na Penitenciária Estadual de Londrina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta objetivos, metodologia, riscos e benefícios adequados. O cronograma apresenta data de início da implantação da proposta em 22 de setembro de 2014. O orçamento financeiro se limita a materiais de escritório, custeio adequado aos propósitos da pesquisa. A pesquisadora informou onde será realizada a coleta de dados, não havendo necessidade de deslocamento dos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE adequado, conforme resolução 466/12 foi apresentado apenas no texto do projeto apresentado em word e arquivo anexado na Plataforma Brasil apresenta um modelo não preenchido com os dados da pesquisas. A pesquisadora nesta versão apresentou o Termo de Confidencialidade e Sigilo, documento obrigatório considerando que haverá revisão

de prontuários. A autorização do diretor geral responsável pelas penitenciárias de Londrina concordando com a participação da equipe de saúde foi apresentado. A respeito da folha de rosto, ela é assinada pela coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Recomendações:

Utilizar o TCLE, conforme modelo inserido no texto em word do projeto de pesquisa anexado na plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 809.861

LONDRINA, 28 de Setembro de 2014

Assinado por:

Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Profª Drª Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Serres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br