

## **A tuberculose no contexto familiar: um relato de experiência**

**Tuberculosis in the family context: an experience report**

**Tuberculosis en el contexto familiar: relato de una experiencia**

Recebido: 08/07/2022 | Revisado: 26/07/2022 | Aceito: 04/08/2022 | Publicado: 13/08/2022

### **Lorrane Lopes dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9181-6114>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [lopeslorrane2@gmail.com](mailto:lopeslorrane2@gmail.com)

### **Marcos Vinícius Oliveira Carneiro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2039-2008>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [mv1.oliveira@gmail.com](mailto:mv1.oliveira@gmail.com)

### **Diógenes Vaz de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8145-2361>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [diogenes.vaz@faifaculdade.com.br](mailto:diogenes.vaz@faifaculdade.com.br)

### **Cleuton Machado Cavalcante**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9903-1285>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [cleuton.mc@gmail.com](mailto:cleuton.mc@gmail.com)

### **Paula Roberta Oliveira Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3716-1222>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [paularoberta322@gmail.com](mailto:paularoberta322@gmail.com)

### **Larissa Reis Almeida**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5498-8857>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [larissa.reis@faifaculdade.com.br](mailto:larissa.reis@faifaculdade.com.br)

### **Cláudio José Dourado de Almeida**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5757-1010>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [claudio.jose@faifaculdade.com.br](mailto:claudio.jose@faifaculdade.com.br)

### **Cintia Ferreira Amorim**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4650-8278>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [cintia.ferreira@faifaculdade.com.br](mailto:cintia.ferreira@faifaculdade.com.br)

### **Lucas Gomes Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4642-5085>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [lucas.gomes@faifaculdade.com.br](mailto:lucas.gomes@faifaculdade.com.br)

### **Edilson da Silva Pereira Filho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3052-1988>

Faculdade Irecê, Brasil

E-mail: [edilson.coordenacao@faifaculdade.com.br](mailto:edilson.coordenacao@faifaculdade.com.br)

### **Resumo**

O presente estudo tem como objetivo descrever a experiência de uma familiar no acompanhamento de paciente privado de liberdade infectado pela tuberculose, evidenciando as fragilidades da assistência prestada. Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa descritiva, relato este que contribui na escrita de vivências e conhecimentos de várias temáticas, sendo reconhecida na importância de discutir. Refere-se a experiência de uma discente de bacharelado em enfermagem no 3º semestre no acompanhamento de um paciente privado de liberdade. A experiência ocorreu durante a necessidade de atendimento do paciente familiar, que permaneceu em um penitenciário aproximadamente por três anos que o paciente não foi diagnosticado com a tuberculose e, após dois anos de sua saída, a bactéria manifestou em seu corpo. A assistência de uma equipe multiprofissional para pacientes com tuberculose tem como papel dar as devidas orientações para evitar o contágio e propagação da patologia, sendo imprescindível as orientações necessárias sobre a tuberculose ativa, no qual os profissionais e setores trabalhem a clínica do paciente e lhe dê devida assistência adequada.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Prisões; Penitenciária; Família.

### Abstract

The present study aims to describe the experience of a family member in the follow-up of a patient deprived of liberty infected with tuberculosis, highlighting the weaknesses of the care provided. This is an experience report with a descriptive qualitative approach, which contributes to the writing of experiences and knowledge of various themes, being recognized in the importance of discussing. It refers to the experience of a nursing student in the 3rd semester in the follow-up of a patient deprived of liberty. The experience occurred during the need for care of the family patient, who remained in a penitentiary for approximately three years that the patient was not diagnosed with tuberculosis and, two years after his departure, the bacteria manifested in his body. The assistance of a multiprofessional team for patients with tuberculosis has the role of giving the necessary guidelines to avoid the contagion and spread of the pathology, being necessary the necessary guidelines on active tuberculosis, in which professionals and sectors work the patient's clinic and give him/her appropriate assistance.

**Keywords:** Tuberculosis; Prisons; Penitentiary; Family.

### Resumen

El presente estudio tiene como objetivo describir la experiencia de un familiar en el seguimiento de un paciente privado de libertad infectado con tuberculosis, destacando las debilidades de la atención prestada. Se trata de un relato de experiencia con abordaje cualitativo descriptivo, que contribuye a la escritura de experiencias y conocimientos de diversas temáticas, siendo reconocida en la importancia de discutir. Se refiere a la experiencia de una estudiante de enfermería del 3er semestre en el seguimiento de un paciente privado de libertad. La experiencia ocurrió durante la necesidad de atención del paciente familiar, quien permaneció en un centro penitenciario durante aproximadamente tres años que el paciente no fue diagnosticado con tuberculosis y, dos años después de su salida, la bacteria se manifestó en su organismo. La asistencia de un equipo multiprofesional para pacientes con tuberculosis tiene el rol de dar las pautas necesarias para evitar el contagio y propagación de la patología, siendo necesarias las pautas necesarias sobre tuberculosis activa, en las que profesionales y sectores trabajan la clínica del paciente y le brindan/ su asistencia adecuada.

**Palabras clave:** Tuberculosis; Prisiones; Centro Penitenciario; Familia.

## 1. Introdução

A tuberculose (TB) é uma patologia infectocontagiosa causada por uma bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de *koch*), atingindo principalmente os pulmões conhecida como tuberculose pulmonar, uma patologia que afeta várias partes do organismo, sendo conhecido de tuberculose extrapulmonar (Brasil, 2017a).

A TB, representa um problema grave de saúde pública, sendo responsável por cerca de quatro mil óbitos por ano no Brasil. Apesar dos avanços das políticas as estratégicas de saúde, visando reduzir os controles dos números de casos. Com isso não há uma redução das taxas na existência da doença, sendo que os ambientes prisionais são pouco ventilados, escuros e fechados, esses locais são vulnerável a contaminação da tuberculose (Rêgo et al., 2017).

Os infectados pelo bacilo desenvolvem a patologia, qual permanece no organismo durante vários anos, sem que o paciente manifeste sinais e sintomas, dando o nome de infecção latente por tuberculose (ILTb). Pacientes acometidos por doenças incuráveis ou graves como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), diabetes, câncer e que fazem o uso do tabaco têm maior risco de desenvolver a doença ativa, bem como as condições desfavoráveis de vida como, situação de rua, privação de liberdade (pessoas que estão nas penitenciárias) e desnutrição possuem maior índice para desenvolver a doença (Brasil, 2017a).

Dessa forma, a transmissão ocorre por meio de aerossóis contendo bacilos de pessoa para pessoa que esteja expelido por um infectado com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar, visto que quanto maior a concentração de bacilos e a intensidade da tosse em ambiente pouco ventilado, maior a probabilidade de infectar os circunstantes (Brasil, 2011 b).

Os pacientes com cultura de escarro negativo com TB extrapulmonar exclusivamente não são contagiosos. Sendo assim, os pacientes com TB pulmonar e infecção pelo HIV, na dependência de maior comprometimento da imunidade, podem ter menos acometimentos pulmonares e apresentação cavitária da patologia com menor infectividade (Brasil, 2019c).

Nesse sentido, a TB divide-se em dois diferentes diagnósticos sendo: a TB pulmonar e TB extrapulmonar. A TB pulmonar é dívida em primária e secundária, no qual a primária ocorre a partir do contato do indivíduo com o bacilo e, por isso,

é mais comum em crianças. Já a secundária pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em adolescente e adulto (Brasil, 2017a).

A TB extrapulmonar pode afetar seis diferentes tipos de órgãos sendo: a pleural, que é a forma mais comum em pessoas não infectadas pelo HIV; a empiema pleural tuberculoso que consequentemente tem-se a ruptura de uma cavidade tuberculosa para o espaço pleural, muitas vezes ocorre também pneumotórax secundário à fístula broncopleural; a TB ganglionar periférica acomete os gânglios linfáticos sendo mais frequente em pacientes que estão com HIV e em crianças infectado pela TB, sendo mais comum em pessoas com idade abaixo dos 40 anos (Brasil, 2019c).

Referente a TB meningoencefálica é responsável por 3% dos casos de TB em pacientes não infectados pelo HIV e por até 10% em infectados pelo HIV; a TB pode acometer o pericárdico e levar a uma apresentação clínica subaguda que inflama todos os tecidos pericárdico conhecida como pericardite que se associa à TB pulmonar, a TB óssea pode ser mais comum o acometimento em crianças ou em pessoas com idade entre 40 e 50 anos (Brasil, 2019c).

Desse modo, a assistência do paciente com TB deve-se ser necessário uma equipe multiprofissional interligando os setores, sendo uma assistência integrativa da atenção à saúde no sistema prisional, com uma equipe formada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (Allgayer et al., 2018).

Segundo estudos da incidência da tuberculose, estimava-se que o Brasil em 2013 ocupava a posição 16° entre as 22 nações de casos com a patologia, sendo responsável por 80% dos casos do mundo no qual a População Privada de Liberdade (PPL) tem como grande contribuidora para essa posição no ranking. Essa incidência é considerada elevada para PPL que aproximadamente estima-se 23 vezes maior que a população em geral conforme dados do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (Fabrini et al., 2018). De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2017 a 2021 teve um quantitativo de 452.336 casos confirmados da TB (Sinan, 2022).

Diante disso, esse estudo justificou-se pela importância em demonstrar os riscos acometidos na perspectiva de um familiar do paciente com diagnóstico da tuberculose. Assim, como a relevância da assistência multiprofissional aos pacientes infectados, trazendo assim uma assistência humanizada e acolhedora, interligando os setores para não haver fragmentação das informações responsáveis pelo cuidado prestado a esses pacientes.

Segundo a literatura o cuidar está relacionado e compreendido na ciência ultrapassando os limites nos serviços de saúde, como também pode estar sendo exercido ao longo da história de maneira que seja através da experiência da população em várias culturas, atencioso aos conhecimentos prestados tanto na comunidade como no grupo familiar. Contudo, o papel do cuidador é indispensável quando se refere a doenças degenerativas, crônicas e que podem evoluir com limitações na atuação das atividades diárias do paciente (Benedetti et al., 2015).

Quem assume o papel do cuidador é um familiar que seja capaz de auxiliar, não apenas em necessidades de saúde física, mas também em oferecer carinho, apoio emocional e atenção. Nesse sentido a qualidade de vida dos cuidadores familiares sofre repercussões em diversos momentos da vida, visto que o desgaste emocional está associado a provocar situações como angústia, estresse e tristeza (Benedetti et al., 2015).

Diante disso, delimitou-se como problemática do presente estudo: Quais as fragilidades da assistência prestada a um paciente privado de liberdade infectado pela tuberculose diante do acompanhamento de um familiar e acadêmica de enfermagem? Dessa maneira, o estudo teve como objetivo descrever a experiência de uma familiar e acadêmica de enfermagem no acompanhamento de paciente privado de liberdade infectado pela tuberculose, evidenciando as fragilidades da assistência prestada.

## 2. Metodologia

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa descritiva, visto que o relato de experiência é considerado um tipo de estudo metodológico que permite descrever experiências vivenciadas pela autora (Gil, 2010).

O relato de experiência, refere-se na escrita de vivências, contribuindo em conhecimentos de várias temáticas, sendo reconhecida na importância de discutir. O conhecimento humano está ligado a aprendizagem vinda das experiências, a escrita é uma importante capacidade da sociedade compreendendo questões sobre diversos assuntos abordados, até mesmo o meio virtual, uma vez que esse contexto contemporâneo organize e torne possível isso. Portanto o conhecimento tem um grande objetivo em formação dos sujeitos na sociedade (Mussi et al., 2021).

Esta é uma experiência de uma discente de bacharelado em enfermagem no 3º semestre no acompanhamento de um paciente privado de liberdade. A vivência ocorreu em dois municípios no estado da Bahia. Em março de 2019, a experiência ocorreu durante oito dias diretamente entre a acompanhante e o paciente, mas teve um período de seis meses em todo o tratamento do paciente onde a acompanhante manteve contato indireto.

O paciente viveu durante 5 anos em privação de liberdade no Estado de Minas Gerais na região sudeste do Brasil localizado na cidade de Uberlândia, na penitenciária Colônia Penal Professor Jacy de Assis. Segundo o estudo de Aguiar (2003), o presídio foi construído para suportar 500 detentos, porém foi inaugurado tendo capacidade apenas para 272 presos, sendo finalizado no ano de 2002 para abrigar 477 detentos. De acordo com o G1 (2021) atualmente o presídio comporta 952 presos, sendo que tem ocupação de 1789 presos evidenciando uma superlotação.

Os resultados deste relato serão apresentados por meio de texto descritivo e narrativo, listando ao final as dificuldades enfrentadas durante a assistência à saúde do paciente familiar privado de liberdade.

## 3. Resultados e Discussão

A experiência ocorreu durante a necessidade de atendimento do paciente familiar, sexo masculino, 27 anos, casado, evangélico, desempregado, um filho de 1 ano 9 meses de idade, ex- presidiário e suspeito da TB pulmonar. O paciente permaneceu em um presídio aproximadamente por cinco anos, e lá havia compartilhamento de talheres, drogas ilícitas e objetos pessoais entre seus companheiros de cela. Durante os cinco anos, o paciente não foi diagnosticado com a TB e, após dois anos de sua saída, a bactéria manifestou em seu corpo desenvolvendo a patologia, visto que a infecção pode ter ocorrido quando estava privado de liberdade por companheiros de cela ter sido diagnosticado.

Os agravos a saúde que podem acometer a população em geral, podem ser encontrados no sistema prisional e se potencializam devido as condições precárias de confinamento de grande parte das unidades prisionais, devido a superlotação. As Políticas Públicas transversais devem atender a todas as especificidades, incluindo, a do sistema prisional (Brasil, 2014d).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) apresenta um plano com propostas juntamente com SUS para a atenção prisional. É preciso viabilizar a atenção integral à saúde da população carcerária, o programa é desenvolvido em uma atenção preventiva, curativa e promocional voltada a saúde bucal, tuberculose, hipertensão, diabetes, saúde mental, hanseníase, DST/HIV/AIDS, hepatites como também à saúde da mulher bem como na distribuição do controle de medicamentos, imunizações e a realização de exames laboratoriais (Brasil, 2014e).

A Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (PNAISP) visa garantir o direito à saúde para todos no sistema prisional, por meio de promoção e prevenção de doenças. Assegurando uma atenção universal equânime e integral, mediante a compreensão de cada indivíduo que possua sua singularidade, e tendo uma identidade única, vivendo sob determinantes sociais que necessita de diferentes formas ao cuidado (Caçador et al., 2021).

Diante disso, vale ressaltar que as condições no sistema penitenciário são precárias e enfrentam grandes dificuldades, nela está relacionada ao mau estado das condições sanitárias, superlotação, ausência de assistência médica e educacional. Como

também o sedentarismo e consumo de drogas, que potencializam riscos para a saúde dos detentos. No confinamento das prisões, os presos estão em contato frequente e direto ao risco de infectados, especialmente à tuberculose (Cristo et al., 2020; Diuana et al., 2008).

Já a acompanhante do paciente é estudante do curso de bacharelado em enfermagem e, na época cursava o terceiro semestre. A família pediu que a mesma acompanhasse o familiar por ser mais instruída e por ter maior disponibilidade de tempo e um bom vínculo com o paciente para acompanhar durante todo o processo do diagnóstico.

O paciente e a familiar deram entrada em um hospital de pequeno porte no qual não foi prestado uma assistência adequada, fazendo com que o caso evoluísse para uma hematêmese. Ocorrendo um desespero familiar imediatamente surgiram a ideia de sair para um melhor suporte em outro hospital na cidade vizinha. Juntos deram entrada no hospital que iniciou-se seu atendimento pela equipe de enfermagem, sendo direcionado para atendimento com o médico plantonista que realizou a consulta fornecendo um diagnóstico de hemorragia gástrica, mas para melhor investigação ao diagnóstico solicitou uma endoscopia.

Segundo a literatura, o atendimento ao usuário deve haver qualificação técnica dos profissionais e da equipe de saúde para proporcionar uma escuta qualificada aos pacientes, um atendimento adequado, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, para usuários e família (Brasil, 2008f).

O acolhimento é compreendido como um processo contínuo que requer dos profissionais de saúde responsabilização, conhecimento e sensibilidade ativa pela condição de saúde, com associação das três esferas nas características da realização das práticas: mecanismo na reorganização no processo da equipe de trabalho, atitude, tecnologia do cuidado, postura, facilitação do acesso e instrumento de ampliação (Scolari et al., 2020).

Em seguida o paciente e a familiar foram para uma unidade particular para realização do exame, no momento do atendimento sendo informado para acompanhante que o diagnóstico do paciente seria hemorragia gástrica, orientada que o paciente só deveria consumir alimentos leves e ingesta hídrica. De início, a familiar sente um alívio por saber que seu diagnóstico não seria algo diferente do que o primeiro médico relatou.

Após o diagnóstico médico voltamos para residência do paciente e, horas depois que chegamos, o mesmo iniciou uma crise de hematêmese, sendo levado imediatamente para o hospital e novamente não tiveram um atendimento adequado, após conversar com o profissional médico o mesmo sugeriu que a acompanhante o levasse para o hospital que já havia ido anteriormente pois, teria uma melhor investigação para o tratamento de acordo a patologia, nesse momento começou o medo e a dúvida em toda a família se a conduta do médico estaria correto no que se referia a hemorragia gástrica.

Conseguindo chegar ao hospital no mesmo dia, iniciando toda a etapa necessária para o atendimento a acompanhante informou a recepção que seria o mesmo paciente do dia anterior que precisaria de atendimento com urgência, pois o mesmo não estava bem, aguardamos em torno de 2 horas e 30 minutos, a todo momento informava na recepção que ele não iria aguentar esperar muito, porém chegou várias emergências de acordo com o protocolo do hospital, fazendo com que o atendimento do paciente demorasse mais. Após uma crise de hematêmese o paciente foi atendido com prioridade.

A Política Nacional de Humanização (PNH) e o QualiSUS inclui na implementação dos hospitais o acolhimento como também a triagem classificatória, priorizando o atendimento de acordo a gravidade do paciente e não pela ordem de chegada, com isso diminui o congestionamento e aumenta a satisfação do usuário. A classificação de risco visa priorizar o atendimento de acordo a gravidade do paciente, condições de risco, proporcionando uma orientação ao paciente de acordo a necessidade do tempo, com isso reduzindo a ansiedade gerada pelo desconhecimento de todo esse processo por parte da população (Silva et al., 2014; Moreno et al., 2018).

Dessa forma vale ressaltar que frente as necessidades de implementações da classificação de risco nas unidades de saúde, o Conselho Federal de Enfermagem determinou por meio da Resolução nº 423/2012, visto que a classificação de risco é

privativa do enfermeiro e deve estar favorecido aos conhecimentos, habilidades e competências que garante rigor técnico ao procedimento, muitas unidades ainda não dispõem de protocolo e as publicações sobre o tema são escassas (Silva et al., 2014).

Ao entrarmos no consultório para o paciente ser atendido o profissional de saúde que teria lhe atendido anteriormente e o diagnosticou com hemorragia gástrica informou ao acompanhante e o paciente que o mesmo deveria aguardar o fim do tratamento. Esse momento foi desesperador para a acompanhante, pois começou a ficar aflita sem saber o que fazer e o que poderia acontecer posteriormente após a decisão do profissional de saúde, havendo uma verdadeira fragilidade no momento da conduta no que se diz ao atendimento para o paciente enfermo, gerando um diagnóstico tardio.

Diante disso, após toda angústia outro profissional de saúde presente ouviu o caso do paciente e foi compreensivo e ouviu o desespero da acompanhante e não descartou nenhuma possibilidade, assumiu o paciente e internou de imediato, mesmo tendo em mãos a endoscopia que comprovava a hipótese diagnóstica anterior, mesmo assim deu-se início a investigação, solicitando radiografia de tórax para descartar possíveis outros diagnósticos.

Dessa forma, aguardamos a realização dos exames no corredor, no momento em que esperava o paciente iniciou uma crise hemorrágica, que chegou em aproximadamente dois litros de sangue. Imediatamente a acompanhante procurou os profissionais do hospital, para visualizarem a situação em seguida deram ainda mais prioridade ao paciente iniciando assim os exames comprovando posteriormente com a radiografia de tórax a tuberculose pulmonar e descartando o equivocado diagnóstico de hemorrágica gástrica.

Diante da literatura, a humanização é de difícil conceituação, visto que se apresenta características complexas e subjetivas, ainda que o qualificativo seja positivo, assumi-se distintos significados em razão de diferenças culturais e de valores individuais. Sendo assim, o que é humanizado para uma pessoa pode não ser para outra. Dessa forma a atenção à saúde organiza-se em defesa dos direitos de ética e cidadania, visando relacionar os direitos dos usuários e fundamentar na Declaração Universal dos Direitos Humanos que adotada e proclamada pelas Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 (Calegari et al., 2015).

A PNH, é o ato de reconhecimento da singularidade e legitimidade das necessidades de saúde, a PNH apresenta um acolhimento com as principais diretrizes, apresentando um esforço permanente por uma postura consciente e qualificada dos profissionais de saúde (Costa et al., 2018).

Em seguida, informou-se a acompanhante que os mesmos ficaria em quarentena e isolado dos demais, e que seria realizado outros exames como: baciloscopia, gasometria e entre outros para melhor detecção da doença, não foi perguntado ao paciente sobre seu histórico, mas logo após o diagnóstico o paciente relembrou e informou a acompanhante que enquanto estava em privação de liberdade, um dos companheiros de cela que conviveu com o mesmo por quatro meses foi contaminado com a patologia visto que, pode ter ocorrido a contaminação não só dele, mas dos outros presidiários. Entretanto, os presidiários não haviam sido testados para a patologia, porque só souberam que o detento tinha sido contaminado após ele ter sido separado dos demais.

Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), em um país como o Brasil com alta endemicidade de TB, ambientes mal ventilados e superlotados, tem maior consequência do aumento da transmissão e uma hiperendemicidade, de maneira que não se restringe às pessoas contaminadas pela doença, dessa maneira prolonga-se para os familiares, profissionais de saúde que realizam atividades nas prisões e para a comunidade no qual as PPL se inserem após o cumprimento da pena (Morais et al., 2021).

Nesse sentido, perante o crescimento da população carcerária, as doenças infecciosas e transmissíveis se propagam cada vez mais. O impacto da TB não se limita nos detentos, propagando na disseminação das doenças contagiosas bem como as infecções pelo HIV/AIDS. Consequentemente com as demandas das transferências, ocorre uma demora na identificação da TB nos detentos, com o descuido nos procedimentos de controle e terapia tem favorecido o aparecimento da doença em prisões (Morais et al., 2021).

Após o relato do paciente, o medo tomou conta da acompanhante, que só conseguia pensar no que poderia ocorrer com ela se ela estava com ele no isolamento então ela também poderia estar contaminada, mesmo tendo aprendido que a contaminação não ocorria desta forma o medo e a insegurança tomou conta, uma sessão que poderia estar contaminada, que poderia contaminar outras pessoas principalmente a família da acompanhante.

Durante a internação, o paciente precisou ficar com o suporte do oxigênio, pois ele já se encontrava muito debilitado. No isolamento e com acompanhante, o quarto tinha que permanecer em temperatura de 15°C e arejado para diminuir que a bactéria permanecesse no ambiente por menos hora. Após cerca de três dias o paciente teve que permanecer sozinho, pois segundo os profissionais ele sinalizava melhoras.

No momento que a familiar pôde sair do isolamento foi questionado com a equipe de enfermagem se precisaria fazer algum exame, pois a acompanhante se sentia desesperada, relataram que se a acompanhante quisesse poderia procurar uma unidade básica de saúde familiar (UBSF) para solicitar um exame de escarro (baciloscopia), mas que não teria necessidade, foi indagado que mesmo depois de dois anos que ele teve contato com uma pessoa que estava infectado, o mesmo foi diagnosticado se teria essa possibilidade e o profissional de saúde relatou que não, mas para caso de dúvida poderia realizar o exame na UBSF da sua área.

Segundos os estudos mostram que de 3,5% a 5,5% dos integrantes familiares ou os que tiveram contato próximo a uma pessoa infectada a patologia prévia, reforça que deve manter investigação de contato visto que pode provir na identificação precoce de caso como também na redução da transmissão da doença (Brasil, 2019c).

O controle deve se manter a pessoas recém infectadas pelo bacilo, que manifeste um risco elevado no desenvolvimento da TB ativa, a bactéria pode se manifestar dentro de 2 a 5 anos após a aquisição da infecção. Importante lembrar que deve estabelecer um fluxo de informação adequado dentro das unidades de referência a Atenção básica garantindo que os que manteve contatos seja avaliado. Devido a probabilidade de uma pessoa infectada depende dos fatores exógenos. Sendo eles o tipo de ambiente partilhado e a duração do contato (Brasil, 2019c).

Após seis dias de internação o hospital ligou para a acompanhante e informou que o paciente estava de alta, chegando no hospital, os profissionais informaram que a acompanhante teria que aguardar a chegada da ambulância, pois o paciente e a familiar teria que ir para uma outra cidade vizinha para ser passado o caso para o município que reside para dá continuidade ao tratamento na UBSF de referência da sua microárea. Em seguida, sendo liberado com a medicação de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol para uso contínuo durante seis meses.

Ao chegarmos na residência, a agente comunitária de saúde (ACS) já aguardava para dá as orientações necessárias como: permanecer de mascarar, fazer o uso contínuo e regular das medicações, e assim que as medicações acabassem a mesma iria levar a sua residência, sendo necessário que o paciente a comunicasse que estava quase acabando, e se necessário poderia procurar os profissionais da UBSF para consultas ou orientações. Havendo a orientação que todos os que tiveram contato diretamente com o paciente e alguns sintomas aparecesse como tosse, febre, perda de apetite, suor noturno, perda de peso excessivo, deveriam fazer os exames para profilaxia do diagnóstico.

A acompanhante ficou sempre em monitoramento do uso das medicações, como se estava tomando correto e todos os dias. Ficando sempre atenta a quaisquer sintomas grave do paciente. O paciente obteve uma recuperação sem complicações, fazendo o acompanhamento e tomando as medicações com o prazo estendido de oito meses por conta própria. Não havendo sequelas, feitos exames baciloscopia para comprovação que estava curado da patologia.

Diante da literatura o diagnóstico e o tratamento da tuberculose ainda são tardios no Brasil, tendo vários aspectos sendo associados à sua ocorrência, entre os quais a oferta de atendimento em horário incompatível com o do paciente, déficit no acolhimento, presença de profissionais pouco qualificados nos serviços de saúde. Aumenta ainda mais, as dificuldades para a

realização do diagnóstico em decorrência de uma baixa solicitação do exame de baciloscopia nos serviços de Atenção Primária à Saúde (Furlan et al., 2017).

Em visto disso, é necessário considerar o esclarecimento dos detentos como também dos familiares que tem visitas rotineiras, de modo que, é importante avaliar o conhecimento da família diante da doença, identificando os fatores que atua de maneira que os indivíduos busquem cuidado e apoio pelos programas de saúde pública (Rêgo et al., 2017).

Dessa maneira é necessário que abra espaços de diálogos com a comunidade e que gere reflexão na problematização possibilitando a construção de uma relação com compartilhamentos de sentimentos e ideias de formas mais humanas e efetiva no serviço de saúde, tanto para os profissionais como para os usuários. Para que tenha um controle na doença, a Organização mundial de Saúde (OMS) refere que o Tratamento Diretamente Observado (TDO) como estratégia para atingir 85% de cura, detecção de casos de 70% e 5% no abandono ao tratamento (Clementino & Miranda, 2015).

De acordo, com a Unidade Básica de Saúde da Família, fica prioritária na agenda das políticas de saúde pública voltada ao controle da tuberculose, e a extensão em cobertura seguindo a tendência nacional. A UBSF segue a lógica da delimitação da área de cobertura aditamento dos pacientes e priorizando as áreas de riscos, essas práticas se desenvolve com as famílias e os usuários no território que possibilita o diagnóstico precoce da doença (Crispim et al., 2012).

Diante disso ganha-se evidencia na figura de Agente Comunitário de Saúde (ACS), que emerge a comunidade e integra-se às equipes de saúde, reconhecido pela capacidade de estabelecer seu elo a comunidade e os serviços prestado à saúde. Traçados na dita concepção, e considerando que a UBSF propõe-se levar as ações de prevenção e controle da doença para o usuário e a família, com isso apresentarão melhor desempenho para o controle da TB para aqueles que estão inseridos na UBSF (Crispim et al., 2012).

A partir de toda essa experiência descrita acima observou-se como principais dificuldades vivenciadas: uma má assistência no início do atendimento da parte dos profissionais de saúde, que forneceram um atendimento com baixa qualidade, não buscaram investigar o problema do paciente para melhor investigação clínica. Deixando para ter um diagnóstico tardio da doença, e um encaminhamento para outro profissional inadequado.

Havendo má assistência na parte da equipe que não informou para a acompanhante que a partir do momento que o paciente foi diagnosticado ele teria que permanecer sozinho, como também informar os riscos que a mesma teria em ser contaminada, deixando uma informação clara.

Nesse sentido, ao olhar da acompanhante teve-se de início uma falha de profissionais no atendimento desde o momento da classificação de risco para o atendimento correto até uma hipótese diagnóstica. Com isso, todo o percurso corrido da acompanhante trás contribuição para sua vida acadêmica e profissional, levando-a há uma experiência de sempre ter uma escuta qualificada, holística e humanização durante o atendimento perante um diagnóstico exato e qualificado.

#### **4. Considerações Finais**

A assistência de uma equipe multiprofissional para pacientes com TB tem como papel dar as devidas orientações para evitar o contágio e propagação da patologia. Visto que, são necessárias as orientações com TB ativa, no qual os profissionais e setores trabalhem a clínica do paciente e lhe dê devida assistência, não havendo fragmentações dos setores e interligando a equipe com o caso do paciente com TB ativa.

Dessa forma, tem-se um déficit da assistência aos presidiários diante do diagnóstico da TB visto que não visam a profilaxia dos demais que possam vir a contaminação já que a bactéria pode ficar dormente por anos vindo a manifestação ou não da patologia. Nesse sentido é perceptível um grande déficit na assistência dos profissionais dentro da penitenciária como também nos hospitais públicos e privados.

O paciente foi diagnosticado erroneamente por profissionais de saúde que tem conhecimento adequado para realizar o atendimento. Talvez não para diagnosticar todas as doenças, mas ficou claro nesse caso que há uma falha e falta de humanização no atendimento e empatia pelo paciente e pelos familiares que estiveram na unidade de saúde.

Portanto o diagnóstico a um paciente com TB não deve ser somente pelo que ele apresenta, é extremamente importante que o profissional de saúde olhe para o paciente de forma integral e trabalhe todas as possibilidades, porque as pessoas só procuram uma unidade de saúde quando estão realmente precisando. Por isto, a equipe multiprofissional precisa tentar entender a dor do outro, só assim diminuirá os erros e as negligências. Este caso em específico teve um final feliz, mas em outros, um diagnóstico errado custa uma vida.

## Referências

- Aguiar, M. M. V. (2003). *Prisão, prisioneiros, rebeliões: A experiência da Colônia Penal Profª. Jacy de Assis*. (Monografia de Graduação). Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.
- Allgayer, M. F. et al. (2019). Tuberculose: vigilância e assistência à saúde em prisões. *Rev Bras Enferm*, 2019;72(5):1304-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0260>
- Benedetti, G. M. S. et al. (2015). Sobrecarga emocional dos familiares de pacientes com câncer: ambiguidade de sentimentos ao cuidar. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 14(3), 1220 - 1228. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v14i3.23590>
- Brasil. (2017a). Ministério da Saúde. Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: tuberculose. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília/DF. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_agente\\_comunitario\\_saude\\_tuberculose.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_agente_comunitario_saude_tuberculose.pdf)
- Brasil. (2011b). Ministério da Saúde. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília/DF. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento\\_diretamente\\_observado\\_tuberculose.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf)
- Brasil. (2019c). Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília/DF. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf)
- Brasil. (2014d). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Brasília/DF. <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>
- Brasil. (2014e). Ministério da Saúde. Políticas Públicas e Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. <https://unasus.ufsc.br/saudeprisional/files/2018/06/Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Privadas-de-Liberdade.pdf>
- Brasil. (2008f). Ministério da Saúde. Acolhimento. Biblioteca Virtual de Saúde. Política Nacional de humanização. <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>
- Caçador, Beatriz Santana. et al. (2021). Acesso ao direito à saúde no cárcere: entre o prescrito e o real. *Revista Nursing*, 24(281): 6281-6284. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i281p6290-6298>
- Calegari, R. C., Massarollo, M. C. K.B., & Santos, M. J. (2015) Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Rev Esc Enferm USP*; 49(Esp2):42-47. <https://www.scielo.br/j/reusp/a/sF5cHHtJ6xsksvkb7hRjmxQ/?format=pdf&lang=pt>
- Clementino, F. S., & Miranda, F. A. N. (2015) Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 23(3):350-4. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4289>
- Costa, N. M. M. R., Lemos, R. C. A., Oliveira, P. S., & Sgotti, G. B. (2018). Acolhimento: Percepção de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 8(3), 576–590. <https://doi.org/10.5902/2179769229808>
- Crispim, J. A. et al. (2012). Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):721-7. <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307026618017.pdf>
- Cristo, M. et al. (2020). A saúde dos homens privados de liberdade no Brasil. *Rev Fun Care Online*; 12:288-294. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8618>.
- Diwana, V. et al. (2008). Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8):1887-1896. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>.
- Fabrini, V. C. N. et al. (2018). Cuidado a pessoas com tuberculose privadas de liberdade e a educação permanente em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.057-1.077. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00166>
- Furlan, M. C. R., Barreto, M. S., & Marcon, S. S. (2017). Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas de saúde e ambulatórios de referência, *Rev enferm UFPE online*, Recife, 11(10):3787-95. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/14004/24399>

G1. *TJMG define lotação máxima nas unidades prisionais de Uberlândia* 15/12/2021. (2021). <https://g1.globo.com/mg/triangulo-mineiro/noticia/2021/12/15/tjmg-define-lotacao-maxima-nas-unidades-prisionais-de-uberlandia.ghtml>

Morais, J. L. P. et al. (2021). Perspectiva do tratamento da tuberculose por pessoas privadas de liberdade em uma unidade de segurança máxima. *R. pesq. cuid. fundam. online*, 13: 907-911. <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9614>.

Moreno, E. C. S. G. et al. (2018). Acolhimento com classificação de risco em um hospital da rede pública: Percepção dos usuários. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 11, n. 1, p. 89-97 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206. <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2018v11n1p89-97>

Mussi, R. F. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista práxis educacional*. v. 17, n. 48, p. 60-77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>

Rêgo, A. S., Silva, E. M., Marcon, S. S., & Radovanovic, C. A. T. (2017). Conhecimento e atitudes dos familiares de presidiários acerca da tuberculose: estudo descritivo. *OBJN Online Brazilian Journal of Nursing*. v. 16 n. 1. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175436>

Scolari, G. A. S. et al. (2020). Acolhimento em unidades de pronto atendimento: percepção de idosos e seus familiares. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*; ;10:e3726. <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3726>

Silva, M. F. N. et al. (2014). Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 22(2):218-25. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/znsBNjXDf9NxFVrVTJqTZHL/?format=pdf&lang=pt>

Sistema de informações e Agravos de Notificações. SINAN. Tuberculose - casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação – Brasil. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tuberbr.def> Acessado em: 20/04/2022.