

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Manuela Filter Allgayer

**TUBERCULOSE: AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM UNIDADES  
PENITENCIÁRIAS DO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

Santa Cruz do Sul

2015

Manuela Filter Allgayer

**TUBERCULOSE: AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM UNIDADES  
PENITENCIÁRIAS DO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Suzane Beatriz Frantz Krug

Coorientador (a): Lia Gonçalves Possuelo

Santa Cruz do Sul

2015

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2015

### **TUBERCULOSE: AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM UNIDADES PENITENCIÁRIAS DO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

**MANUELA FILTER ALLGAYER**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em \_\_\_\_\_.

#### **BANCA EXAMINADORA:**

\_\_\_\_\_  
Suzane Beatriz Frantz Krug  
Prof. Orientador

\_\_\_\_\_  
Lia Gonçalves Possuelo  
Prof. Coorientador

\_\_\_\_\_  
Janine Koepp  
Prof. Enfº Curso Enfermagem

\_\_\_\_\_  
Aline Fernanda Fischborn  
Prof. Enfº Curso Enfermagem

## AGRADECIMENTOS

“Agradecer é admitir que houve um momento em que se precisou de alguém. E reconhecer que o homem jamais poderá lograr para si o dom de ser autossuficiente. Ninguém se faz sozinho: sempre é preciso um olhar de apoio, uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão, uma atitude de amor”. (Autor desconhecido)

Agradeço em primeiro lugar a Deus que de forma espetacular me deu o dom da vida, me ouviu nos momentos difíceis e me deu forças para chegar onde estou.

Aos meus pais: Vocês um dia sonharam comigo. Me amaram antes mesmo que eu existisse. Vocês se alegraram com a minha chegada ao mundo, acompanharam meu crescimento e trabalharam dobrado, sacrificando seus sonhos a favor dos meus. Não foram apenas pais, mas meus amigos e companheiros, mesmo nas horas em que meus ideais pareciam distantes e inatingíveis.

Agradeço ao meu pai Jacob Roberto Allgayer Neto, meu exemplo. Presenteou-me com a riqueza do estudo, da educação, sempre me incentivando a procurar o conhecimento. Agradeço a minha mãe Maria Elena Filter Allgayer que me ensinou os maiores valores que se pode ter na vida, o de honestidade e responsabilidade. Agradeço a minha irmã Mônica Filter Allgayer, que apesar de todos os contratempos de irmãs, foi sempre minha amiga, me apoiando em todos os momentos. Hoje passo para ti essa responsabilidade. Agradeço ao meu namorado Rodrigo Maccari que esteve presente neste momento aguentando minhas crises de choro, me fazendo estudar, me amparando e compartilhando comigo suas experiências.

Agradeço a minha orientadora. Dra. Suzane Frantz Krug enfermeira que tanto admiro. Ser aceita por você como orientanda foi um privilégio. Obrigada pelos ensinamentos, pelo incentivo e pelo tempo que dedicaste a mim e a esta pesquisa. Agradeço a minha coorientadora Dra. Lia Gonçalves Possuelo pesquisadora admirável. Obrigada pelas oportunidades que me deste desde que eu ingressei no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Vigilância em Saúde (PET/VS), pelos ensinamentos, pelo incentivo, por acreditar e confiar no meu trabalho e principalmente por ter despertado em mim o amor pela pesquisa.

Agradeço também a Escola do Serviço Penitenciário da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) pela aprovação da realização deste trabalho nas penitenciárias do Rio Grande do Sul (RS), assim como todas as equipes de segurança e saúde visitadas pela receptividade e acolhimento.

A todos vocês, o meu muito obrigado!

*A vocês pai e mãe que num prelúdio de anos me fizeram vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, a emoção me cala ficando a certeza de que hoje lhes ofereço esta vitória, pois tudo o que tenho feito é receber. Sem palavras. Amo vocês!*

*Um a um, os doentes foram trazidos à nossa presença. Tuberculose geral: gente emagrecida, com febre, sudorese noturna e tosse, espalhando gotículas de secreção no xadrez apinhado. Naquele ambiente mal ventilado, o único que não podia se queixar das condições de vida era o bacilo de Koch.*

(VARELLA, D. Estação Carandiru)

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Municípios visitados que apresentam unidades de saúde prisional

17



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Características das unidades prisionais de análise	19
Tabela 2 - Ações relacionadas à busca de casos e diagnóstico	20
Tabela 3 - Instrumentos de vigilância epidemiológica existentes para o controle da TB	21
Tabela 4: Dispõe da estrutura física e disponibilidade de recursos materiais na unidade	22

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BSR	Busca de Sintomático Respiratório
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LRSR	Livro de Registro de Sintomático Respiratório
MS	Ministério da Saúde
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	População Privada de Liberdade
RS	Rio Grande do Sul
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR	Sintomático Respiratório
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular para Tuberculose
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UP	Unidade Penitenciária
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
USP	Universidade de São Paulo
TSA	Teste de sensibilidade a antimicrobianos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Resumo – português .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2</b>	<b>Resumo – inglês .....</b>	<b>13</b>
<b>1.3</b>	<b>Resumo – espanhol.....</b>	<b>14</b>
<b>1.4</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>15</b>
<b>1.5</b>	<b>Métodos .....</b>	<b>17</b>
<b>1.6</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>19</b>
<b>1.7</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>23</b>
<b>1.8</b>	<b>Referências.....</b>	<b>29</b>
	<b>ANEXO A - PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>34</b>
	<b>ANEXO B - NORMAS DA REVISTA.....</b>	<b>68</b>

**ARTIGO ORIGINAL**

**TUBERCULOSE: AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM  
UNIDADES PENITENCIÁRIAS DO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

**TUBERCULOSIS: ASSISTANCE ACTIONS AND SURVEILLANCE IN UNITS  
OF RIO GRANDE DO SUL PRISONS (RS)**

**AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM PENITENCIÁRIAS DO RS**

**Manuela Filter Allgayer**

Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul,  
Santa Cruz do Sul - RS, Brasil. Endereço residencial: Rua Capitão Pedro Werlang, 730.  
Telefone: (51) 9549-7048. [manuelaallgayer@hotmail.com](mailto:manuelaallgayer@hotmail.com)

**Lia Gonçalves Possuelo**

Departamento de Biologia e Farmácia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz  
do Sul – RS, Brasil. [liapossuelo@unisc.br](mailto:liapossuelo@unisc.br)

**Suzane Beatriz Frantz Krug**

Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul,  
Santa Cruz do Sul – RS, Brasil. [skrug@unisc.br](mailto:skrug@unisc.br)

Monografia para obtenção do título em Bacharel em Enfermagem. Autor (a): Manuela  
Filter Allgayer, 2015, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

## RESUMO

**Objetivo:** identificar ações assistenciais e de vigilância relacionadas à Tuberculose (TB) em unidades penitenciárias (UP) do Rio Grande do Sul (RS). **Métodos:** foram visitadas no estado 13 UP e realizado entrevistas com enfermeiros e técnicos de enfermagem integrantes das equipes de saúde dos respectivos lugares. Os valores encontrados foram expressos em números absolutos e percentuais. **Resultados:** a busca de sintomático respiratório (BSR) na admissão foi relatada por 6 (46,2%), sendo a baciloscopia o exame mais solicitado. O livro de Sintomático Respiratório (LSR) e de Registro de Acompanhamento do Tratamento dos Casos eram utilizados em 7 (53,8%). Duas (15,4%) apresentavam local para coleta de escarro e 1 (7,7%) radiógrafo. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi referido em 7 (53,8%). **Conclusão:** constatou-se deficiências na BSR, na utilização de registros de vigilância epidemiológica e em ações relacionadas ao TDO.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Tuberculose. Prisões. Vigilância em saúde pública. Assistência à Saúde.*

## **RESUME**

**Objective:** To identify assistance and surveillance actions related to tuberculosis (TB) in prisons units (UP) of Rio Grande do Sul (RS). **Methods:** we visited the state 13 UP and conducted interviews with nurses and nursing technicians members of health teams of seats. The values were expressed in absolute numbers and percentages. **Results:** the search for respiratory symptoms (BSR) on admission was reported by 6 (46.2%), the smear being the most requested examination. The Respiratory Symptomatic book (LSR) and of Case Treatment Monitoring registration were used in 7 (53.8%). Two (15.4%) had a place to collect sputum and 1 (7.7%) radiógrafo. The Directly Observed Treatment (DOT) was noted in 7 (53.8%). **Conclusion:** it was found deficiencies in the BSR, the use of surveillance records and actions related to DOT.

**KEY WORDS:** *Tuberculosis. Prisons. Public health surveillance. Delivery of Health Care.*

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las acciones de asistencia y vigilancia relacionadas con la tuberculosis (TB) en cárceles unidades (UP) de Río Grande do Sul (RS). **Métodos:** visitamos el estado 13 UP y se realizaron entrevistas con los enfermeros y técnicos de enfermería miembros de los equipos de salud de asientos. Los valores se expresan en números absolutos y porcentajes. **Resultados:** la búsqueda de síntomas respiratorios (BSR) al ingreso fue reportado por 6 (46,2%), el frotis de ser el examen más solicitada. El libro respiratoria sintomática (LSR) y de la inscripción de Seguimiento Caso tratamiento se utilizaron en 7 (53,8%). Dos (15,4%) tenían un lugar para recoger esputo y 1 (7,7%) radiógrafo. El tratamiento bajo observación directa (DOT) se observó en 7 (53,8%). **Conclusión:** se encontró deficiencias en la BSR, el uso de los registros de vigilancia y acciones relacionadas con DOT.

**PALABRAS-CLAVE:** *Tuberculosis. Prisiones. Vigilancia em salud pública. Prestación de Atención de Salud.*

## INTRODUÇÃO

Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* a tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que pode se manifestar de forma pulmonar ou extrapulmonar. É uma das principais causas de morte no mundo, sendo que a cada ano 8,8 milhões de pessoas desenvolvem a doença e 1,45 milhões morrem em decorrência da mesma. Algumas condições propiciam seu desenvolvimento, como o comprometimento causado pelo sistema imune pela coinfeção com o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e fatores sociais como: condições de moradia insalubres, desnutrição e a baixa renda, levando certas populações a serem mais susceptíveis a doença.<sup>1</sup>

Dentre as populações vulneráveis podem ser destacadas as populações indígenas, populações em situação de rua, profissionais da saúde e as populações privadas de liberdade (PPL).<sup>2</sup> O Brasil possui a quarta maior população carcerária do mundo e uma incidência de TB vinte vezes maior quando comparada a população geral, sendo que a transmissão mal controlada da doença torna-se um fator de risco para a comunidade.<sup>3</sup> A TB continua sendo uma persistente doença nos sistemas prisionais, devido a vários fatores, entre eles: diagnóstico tardio, alta prevalência de bactérias resistentes a antimicrobianos, tratamento inadequado, uso de drogas ilícitas, superlotação dos sistemas carcerários, condições precárias de infraestrutura das prisões, alta rotatividade de presos e baixo poder socioeconômico.<sup>4,5,6</sup> A doença não afeta só os presos, mas também os trabalhadores do sistema prisional e a população em geral.<sup>7</sup>

O rastreio da TB nas prisões é um desafio, o diagnóstico precoce e tratamento adequado devem ser priorizados neste ambiente de alto risco.<sup>8</sup> A PPL com TB ativa precisa ser acompanhada pela rede de saúde, para minimizar as chances de interrupção do tratamento e possibilidade de recidiva da doença. O desenvolvimento de políticas,



programas e estratégias, como a busca de sintomáticos respiratórios (BSR), exame dos contatos, cultura, teste de sensibilidade, diagnósticos de coinfeção, TDO e ações de educação são essenciais para atingir a meta do “Plano Global Stop TB 2016-2020” de erradicar a doença até 2030.<sup>2,3,4-8,9</sup>

O Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano de 2003 o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), a fim de garantir o acesso integral à saúde das PPL, oferecendo serviços de atenção básica dentro das unidades prisionais, com intuito de contribuir para o controle e redução dos agravos que mais acometem essa população.<sup>10</sup>

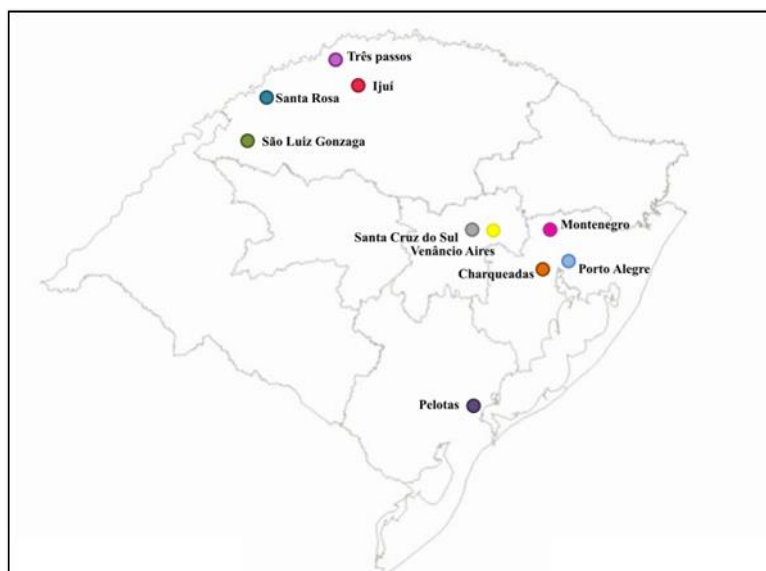
No âmbito da enfermagem pesquisas que envolvem a vigilância em saúde são de grande relevância, tendo em vista que no decorrer da formação acadêmica o enfermeiro é preparado para atuar na investigação epidemiológica. Este profissional encontra-se na linha de frente do cuidado em saúde, em contato direto com os usuários e com a equipe multidisciplinar, participando ativamente do processo saúde-doença da população. Reconhecendo este cenário da TB nas UP, o enfermeiro pode atuar na condução das ações em saúde pública, o que adquire significativa importância na execução das atividades de controle da doença. Nessa perspectiva, algumas questões nortearam o desenvolvimento da investigação: Quais as estratégias adotadas pelos enfermeiros das equipes de saúde do sistema prisional para mudança deste quadro? Quais as ações existentes para modificação do atual quadro estatístico e epidemiológico da TB na PPL? As ações encontram-se de acordo com as normatizações e recomendações do MS?

Desta forma, perante o cenário que deparamo-nos atualmente, o presente estudo se propõe a identificar quais as ações de assistência e vigilância referente à TB são realizadas nas penitenciárias do RS que contam com unidades de saúde prisional.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo de caráter quantitativo, exploratório e descritivo. O RS apresenta atualmente 18 unidades de saúde prisional distribuídas em 15 municípios. Cinco (38,4%) unidades possuem mais de uma equipe de saúde. Foram excluídas do estudo unidades que comportavam apenas população carcerária feminina, unidades de difícil acesso e aquelas em que não se encontrou o profissional contatado no momento da visita. Assim, integraram o estudo 13 (72,2%) unidades de saúde prisional, sendo 4 (30,8%) oriundas do município de Charqueadas (Figura 1).

**Figura 1: Municípios visitados que apresentam unidades de saúde prisional**



As visitas foram marcadas com antecedência, onde o contato prévio se sucedeu através de meio telefônico com o enfermeiro da unidade. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2015. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, um questionário que abordou dados gerais da penitenciária e unidade de saúde da mesma, recursos humanos e atendimento a saúde, e outro do tipo *Check-list* estruturado com base no elaborado pelo Grupo de Estudos Operacionais em TB da Universidade de São Paulo (USP), que teve como referência o *Primary Care -Assessment Tool (PCAT)*

proposto e validado em português para a Atenção Primária à Saúde (APS) com o intuito de identificar instrumentos de vigilância epidemiológica, estrutura física, materiais. O LSR e o Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de TB também foram instrumentos investigados e questionados pelo entrevistador. Foram entrevistados enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Os dados foram tabulados em banco de dados eletrônico no programa Microsoft® Excel 2010 (Sistema Operacional Windows 2010, Microsoft Corporation Inc.). As análises descritivas e univariadas foram realizadas no software estatístico SPSS (v. 20.0). Os valores foram expressos como média e desvio padrão ou números absolutos e percentuais.

O estudo foi aprovado pela Escola do Serviço Penitenciário da Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE e posteriormente submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC) - Parecer nº 1.311.544. No presente trabalho foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a preservação da identidade dos participantes foi garantida em todos os momentos do estudo.

## RESULTADOS

O presente estudo foi realizado com 10 (76,9%) enfermeiros e 3 (23,1%) técnicos de enfermagem componentes das equipes de saúde. Todas as unidades penitenciárias estudadas foram prisões masculinas de regime fechado ou semiaberto, na sua maioria 10 (76,9%) superlotadas e com composição sociodemográfica predominante de jovens, com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico (Tabela 1).

**Tabela 1: Características das unidades prisionais de análise**

Nº	Capacidade	Lotação	Lotação das celas	Casos TB em tratamento	Município
1	250	397	4 a 20	3	Santa Cruz do Sul
2	529	529	8	9	Venâncio Aires
3	1.372	2.400	12 a 20	44	Charqueadas
4	976	1.301	4	5	Charqueadas
5	288	260	1	0	Charqueadas
6	336	670	15 a 20	4	Charqueadas
7	1.824	4.335	2 a 18	169	Porto Alegre
8	138	131	2 a 4	1	São Luiz Gonzaga
9	162	250	5 a 10	0	Três Passos
10	466	528	3 a 4	7	Ijuí
11	288	360	6 a 16	0	Santa Rosa
12	472	1.039	10	n/i*	Pelotas
13	976	1.500	4 a 5	5	Montenegro

\* não informado;

Nas unidades visitadas foi identificado que a demanda espontânea ainda é a forma de detecção da TB mais presente no ambiente prisional. Os métodos de

diagnósticos utilizados com maior frequência nas unidades prisionais foram a baciloscopia, cultura e radiografia. O Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) foi encontrado em um (7,7%) presídio localizado na capital do estado (Tabela 2).

**Tabela 2: Ações relacionadas à busca de casos e diagnóstico.**

	Nº de unidades de saúde prisionais	%
BSR* na admissão	7	53,8
BSR* anual	4	30,8
<b>Métodos de diagnóstico para TB**</b>		
Baciloscopia	13	100,0
Cultura	11	84,6
Radiografia	11	84,6
TRM-TB***	1	7,7

\* Busca de sintomático respiratório; \*\* Tuberculose; \*\*\*Teste rápido molecular;

Quanto ao TDO em 7 (53,8%) unidades era realizado com todos os doentes e em 2 (15,4%) somente quando não havia adesão ao tratamento, apesar de apenas 4 (30,8%) referirem utilizar a ficha de acompanhamento da tomada diária de medicação. O TDO na maioria das unidades era executado pelo profissional enfermeiro.

Referente à intervenção na cadeia de transmissão da TB foi evidenciado neste estudo que 3 (23,1%) unidades optam por isolar o preso e a totalidade dos entrevistados afirmaram que a convocação para atendimentos dos contatos é primordial para o controle da transmissibilidade. A orientação aos visitantes dos casos positivos em 4 (30,8%) unidades eram realizadas pelo próprio profissional da equipe de saúde.

Em 1 (7,7%) unidade o LRSR havia sido substituído por um instrumento próprio de acompanhamento, 1 (7,7%) entrevistada não sabia do que se tratava o livro e 4 (30,8%) não o utilizavam, por outro lado, ficou evidente no decorrer do check list que o livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de TB em 3 (23,1%) unidades foi substituído por instrumentos próprios para controle e acompanhamento dos casos, 1 (7,7%) entrevistado não soube opinar e 2 (15,4%) não utilizavam este instrumento. A notificação de doenças compulsórias foi evidenciada nas unidades em sua totalidade, assim como a existência de prontuários médicos dos apenados. A ficha de acompanhamento da tomada diária de medicação não era utilizada em 9 (69,2%) unidades visitadas (Tabela 3).

**Tabela 3: Instrumentos de vigilância epidemiológica existentes para o controle da TB**

	Nº de unidades de saúde prisional	%
LRSR*	7	53,8
LR casos**	7	53,8
Ficha SINAN***	13	100,0
Prontuário de Saúde	13	100,0
Ficha de acompanhamento da tomada de medicação	4	30,8

\* Livro de registro de sintomático respiratório; \*\* Livro de registro e de acompanhamento dos casos; \*\*\* Ficha do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)

Quanto à existência de local específico para coleta de escarro, 11 (84,6%) unidades visitadas não contavam com essa estrutura e 4 (30,8%) não possuíam geladeira para acondicionamento de material biológico. Referente ao transporte do

material biológico, apenas 1 (7,7%) não possuía caixa de isopor para transportar ao laboratório (Tabela 4).

**Tabela 4: Dispõe da estrutura física e disponibilidade de recursos materiais na unidade**

	Nº de unidades de saúde prisional	%
Local para coleta de escarro	2	15,4
Frascos para coleta de escarro	13	100
Geladeira para acondicionamento de material biológico	9	69,2
Caixas de isopor para transporte	12	92,3
Radiografo	1	7,7

As equipes de saúde prisional do referente estudo são constituídas por profissionais da saúde de âmbito municipal e da segurança de saúde pública. Doze (92,3%) unidades de saúde prisional contavam com equipe de saúde mínima composta por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Os profissionais fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, psiquiatra e biomédico estavam presentes em 1 (7,7%) unidade de saúde. O número de profissionais dentre as equipes variou de 6 a 34, visto que algumas das unidades visitadas possuíam mais de uma equipe de saúde. A enfermagem e a assistência social são as que possuem maior carga horária semanal.

## DISCUSSÃO

A superlotação observada nas unidades prisionais visitadas e condições insalubres de confinamento são fatores que contribuem para a manutenção da cadeia de transmissão da TB no sistema carcerário. A aglomeração e más condições de moradia também foram fatores evidenciados em outras unidades prisionais do Brasil, que vieram a contribuir para o adoecimento da PPL, caracterizando-se como um entrave na luta contra a TB.<sup>11</sup>

Os sistemas prisionais representam um epicentro para transmissão da TB entre contatos e comunidades vizinhas exteriores. As estratégias adotadas para o controle da TB nestes ambientes continuam sendo essencialmente biomédicas (identificação e tratamento dos casos) e educativas, tendo eficácia limitada se não associadas a medidas de melhoria das condições ambientais, raras vezes implementadas.<sup>12,13</sup>

A forma de identificação da TB através da demanda espontânea presente neste estudo ocorre quando os carcerários procuram voluntariamente atendimento médico com sintomatologia acentuada, aumentando o risco de morbimortalidade. A deficiência na comunicação entre a equipe de segurança e de saúde, a alta rotatividade de detentos e o grande número de admissões são fatores evidenciados pelos profissionais como dificultadores no rastreamento da doença.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) recomenda a detecção de novos casos de TB através da demanda espontânea, da busca ativa dos ingressos, busca ativa sistemática anualmente, supervisão do tratamento e informação/conscientização das PPL e equipes de segurança prisional.<sup>14</sup>

Das 7 (53,8%) unidades que realizam a BSR na admissão, 6 (46,2%) realizavam em até sete dias após a admissão e 1 (7,7%) não possuía padronização de tempo para



realização do rastreamento. Em uma pesquisa realizada em outra penitenciária no Brasil constatou a realização de BSR em até 7 dias após admissão e os exames mais frequentemente solicitados foram a baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA), além da oferta de sorologia para o HIV. A descentralização na entrada dos presos no sistema prisional foi um fator prejudicial na realização da BSR.<sup>11</sup>

Como métodos de diagnóstico evidenciamos que o TRM-TB ainda é um exame pouco presente nas penitenciárias do RS. A sensibilidade do TRM-TB é de cerca de 90% (enquanto a da baciloscopia é de 65%), a especificidade é de 99% e o resultado é liberado em apenas duas horas, favorecendo o início oportuno do tratamento convencional. Além disso, o TRM- TB também detecta a resistência à rifampicina, um dos principais fármacos usados no tratamento da TB, o que possibilita identificar os casos de resistência ao esquema básico, diminuindo o tempo necessário para o início do tratamento com medicamentos de 2ª linha.<sup>15</sup>

O tratamento observado é uma ação não desenvolvida em sua plenitude pelas unidades de saúde prisionais estudadas, apesar da PPL ser pertencente ao grupo com riscos de descontinuidade do tratamento. O TDO tem como objetivo contribuir para maior adesão ao tratamento, o que consiste na observação da ingestão de medicamentos para TB, de preferência todos os dias por profissionais da saúde. Ele possibilita uma maior probabilidade de cura e risco menor de resistência bacteriana, estabelecendo vínculos entre o paciente e o profissional.<sup>2</sup> Na Colômbia a implementação do TDO contribuiu significativamente para a cura da TB quando comparado ao período em que o mesmo não era efetuado nas unidades pesquisadas. Ao analisar os fatores determinantes, identificados neste estudo, que levam ao abandono do tratamento da TB, evidenciou-se que a maioria deles está relacionada à maneira como os serviços de saúde

se organizam para desenvolver estratégias de controle da doença. Os motivos que se relacionam aos doentes de TB podem ser sanados com ações de educação permanente, busca ativa de casos e fortalecimento da estratégia tratamento observado.<sup>16</sup>

Evidenciou-se neste estudo que o isolamento é um fator de discussão entre os profissionais da saúde, visto que 10 (76,9%) referiram não isolar os acometidos pela TB. Segundo o MS não há necessidade de isolamento para aqueles doentes já inseridos no sistema prisional visto que, os presidiários que entraram em contato já foram largamente expostos ao risco de infecção e que a contagiosidade tende a diminuir rapidamente após início do tratamento, não trazendo benefícios para a PPL.<sup>2</sup> Em Bangladesh evidenciou-se que a BSR, isolamento imediato e tratamento de pessoas com TB pulmonar resultou na diminuição da transmissão dentro das prisões.<sup>16</sup> No Espírito Santo - Brasil a partir da suspeita da doença o apenado é encaminhado ao isolamento respiratório em uma cela específica, até que seja ou não confirmada a doença por meio de exames laboratoriais.<sup>19</sup>

O controle de contatos trata-se de uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa e deve ser instituída pelos programas de controle da TB. Esse ambiente de convívio pode se dar em casa, em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência e unidades penitenciárias.<sup>17</sup> A orientação aos contatos externos como à família e visitantes na maioria das vezes não são abordados diretamente pelo profissional da saúde, cabendo ao próprio presidiário orientá-los.<sup>11</sup> Em 9 (69,2%) unidades o presidiário doente era o responsável pela orientação aos seus visitantes.

Em um estudo realizado em Ribeirão Preto – SP evidenciou que o conhecimento das famílias sobre TB foi satisfatório devido às mesmas saberem os fatores

predisponentes ao adoecimento, forma de transmissão e os sintomas da doença, porém alguns associam a forma de transmissão da doença ao uso compartilhado de roupas e talheres, alimentos contaminados e através de relação sexual o que pode levar a discriminação do doente e exclusão do convívio social.<sup>20</sup>

Os livros de registros servem para fornecerem informações necessárias para o acompanhamento epidemiológico da doença entre a população, atentando-nos para o achado que menos da metade das unidades não faziam uso do mesmo. Dados de investigação, diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB são registrados em diversos instrumentos de coleta que são utilizados para avaliação das ações de controle em nível local, conforme recomendações do PNCT. O LRSR e o livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de TB são alguns instrumentos de coleta de dados usados rotineiramente pelas unidades de saúde.<sup>2</sup>

O livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos TB é uma ferramenta de informação oficial do PNCT e deve ser utilizado como fonte de dados, bem como base de cálculo para indicadores operacionais e epidemiológicos. Os dados fornecidos pelo livro devem alimentar a ficha de Notificação/Investigação de TB assim como o Boletim de Acompanhamento dos Casos de TB, ambos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).<sup>19</sup> O SINAN subsidia ações de prevenção e controle das doenças cuja notificação é obrigatória, este sistema precisa ser alimentado com fontes de dados fidedignas. Dentre os agravos que necessitam de uma base de dados para subsidiar as ações de prevenção e controle, destaca-se a TB dada a sua magnitude e prevalência.<sup>22</sup> Em 2007 o MS introduziu na ficha do SINAN a informação sobre a origem prisional que contribuiu para um melhor conhecimento sobre as informações da doença no sistema prisional.<sup>19</sup>

Quanto à existência de local para coleta de escarro, a mesma ocorria no banheiro, cela, galeria, na própria enfermaria ou orientada pela equipe a ser realizada em local arejado. Em um estudo realizado nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) no interior de São Paulo, averiguou que nenhuma das unidades dispusera de local apropriado para a coleta de escarro.<sup>23</sup> O PNSSP estabeleceu em 2003 que as unidades de saúde prisional deveriam dispor de sala de coleta com ventilação natural, geladeira para armazenamento de material biológico coletado para exames laboratoriais e caixas térmicas para envio de amostras para o laboratório de referência.<sup>24</sup>

Segundo a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 os serviços de saúde no sistema prisional serão estabelecidos de acordo com a população prisional e contarão com equipes multidisciplinares. As equipes de Atenção Básica Prisional tipo II possuem composição mínima de um assistente social, um cirurgião dentista, um enfermeiro, um médico, um psicólogo, um técnico de enfermagem, um técnico de higiene bucal e um profissional selecionado dentre assistência social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia ou terapia ocupacional. A carga horária constituiu-se em 20 horas semanais, ficando também a critério do gestor distribuir a carga horária de cada profissional.<sup>25</sup> Dentre as equipes deste estudo podemos concluir que todas apresentam equipes de Atenção Básica Prisional do tipo II independente do número de presos sendo que 1 (7,7%) unidade apresenta Equipe de Atenção Básica II com Saúde Mental. No que se refere à carga horária dos profissionais os gestores são na maioria das penitenciárias os responsáveis pelo estabelecimento da carga horária, sendo os profissionais da assistência social e psicologia cedidos pela SUSEPE.

Quanto às ações assistenciais e de vigilância encontradas neste estudo podemos concluir que a BSR pelas equipes constitui-se em uma ação que envolve dificuldades, e

que requer planejamento, estratégias e apoio da equipe de segurança prisional. A inutilização de livros de registros e deficiências no preenchimento do mesmo repercute na assistência e conseqüentemente no prognóstico do apenado doente. É possível questionar também que a ausência e um número reduzido de casos de TB de algumas das unidades visitadas podem estar relacionadas a falhas nos registros de informações. Vale ressaltar que o registro é de extrema importância, pois fundamentam indicadores e favorecem a elaboração de planos de ação. Cabe aos enfermeiros contribuir para o desenvolvimento de ações de vigilância, aprimorando condutas referentes aos registros realizados atualmente nas unidades, potencializando a notificação de SR e casos diagnosticados.

E por fim, a superlotação e condições precárias de confinamento são fatores principais para o mantimento da doença dentro dos presídios, o que requer além de ações em saúde, melhorias nas condições de vida dessa população.

## REFERÊNCIAS

1. Biadlegne F, Rodloff, AC, Sack U. A First Insight into High Prevalence of Undiagnosed Smear-Negative Pulmonary Tuberculosis in Northern Ethiopian Prisons: Implications for Greater Investment and Quality Control. *PLoS One*. 2014 set; 9(9): 01-06.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. Sacchi FPC, Praça RM, Tatará MB, Simonsen V, Ferrazoli L, Croda MG, Suffys PN, Ko AI, Andrews JR, Croda J. Prisons as Reservoir for Community Transmission of Tuberculosis, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2015 mar; 21(3): 452-455.
4. Dara M, Acosta CD, Melchers NVSV, Al-darraji HAA, Chorgoliani D, Reyes H, Centis R, Sotgiu G, D'Ambrosio L, Chadha SS, Migliori GB. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *Int J Infect Dis*. 2014 dec; 32(2015): 111-117.
5. Rueda ZV, López L, Marin D, Vélez LA, Arbeláez, MP. Sputum induction is a safe procedure to use in prisoners and MGIT is the best culture method to diagnose tuberculosis in prisons: a cohort study. *Int J Infect Dis*. 2015 apr; 33(2015): 82-88.
6. Telisinghe L, Fielding K, Malden JL, Hanifa Y, Churchyard GJ, Grant AD, Charalambous S. High Tuberculosis Prevalence in a South African Prison: The Need for Routine Tuberculosis Screening. *PLoS One*. 2014 jan; 30(2): 01-09.

7. Sanchez A, Massari V, Gerhardt G, Espinola AB, Siriwardana M, Camacho LAB, Larouzé B. X ray screening at entry and systematic screening for the control of tuberculosis in a highly endemic prison. *BMC Public Health*. 2013 13(983): 01-07.
8. Harris JB, Siyambango M, Levitan EB, Maggard KR, Hatwiinda S, Foster EM, Chamot E, Kaunda K, Chileshe C, Krüüner A, Henostroza G, Reid SE. Derivation of a tuberculosis screening rule for sub-Saharan African prisons. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014 mar; 18(7):774–780.
9. The paradigm shift 2016-2020: Global plan to end TB [Internet]. Geneva: UNOPS; 2015 [citado 2015 nov 25]. 124 p. Disponível em: [http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB\\_TheParadigmShift\\_2016-2020\\_StopTBPartnership.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (PNAISP) no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2014 jan 2;
11. Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Análise da implementação do programa de controle da tuberculose em unidades prisionais no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015 mar; 31(3): 543-554.
12. Abebe DS, Biffa D, Bjune G, Ameni G, Abebe F. Assessment of knowledge and practice about tuberculosis among eastern Ethiopian prisoners. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011 mar; 15(2): 228–233.

13. Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões [Internet]. Rio de Janeiro: Departamento penitenciário nacional; 2012 [citado 2015 nov 26]. 65 p. Disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_intervencoes\\_ambientais\\_control\\_e\\_tuberculose\\_prisoas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_intervencoes_ambientais_control_e_tuberculose_prisoas.pdf)
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
15. Reid SE, Topp SM, Turnbull ER, Hatwiinda S, Harris JB, Maggard KR, Roberts ST, Krüüner A, Morse JC, Kapata N, Chisela C, Henostroza G. Tuberculosis and HIV Control in Sub-Saharan African Prisons: “Thinking outside the prison cell”. *JID*. 2015 nov; 2(80): 265-273.
16. Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuário de um hospital público. *Saúde Debate*. 2014 jul-set; 38(102): 572-581.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
18. Banu S, Rahman MT, Uddin MKM, Khatun R, Khan SR, Rahman M, Uddin SI, Ahmed T, Heffelfinger JD. Effect of Active Case Finding on Prevalence and Transmission of Pulmonary Tuberculosis in Dhaka Central Jail, Bangladesh. *PLoS One*. 2015 may; 9(9): 01-15.19. Macedo LR, Macedo CR, Maciel ELN. Vigilância



epidemiológica da tuberculose em presídios do Espírito Santo. Rev Bras Promoc Saude. 2013 abr/jun; 26(2): 216-222.

20. Freitas IM, Crispim JA, Pinto IC, Villa TCS, Brunello MEF, Pinto PFPS, Arcêncio RA. Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Texto Contexto Enferm. 2012 jul-set; 21(3): 642-649.

21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

22. Araújo LNF, Vieira AN, Oliveira GWS. Avaliação dos registros das fichas do sistema de informação de agravos de notificação para tuberculose. Rev Baiana Saúde Pública. 2013 out./dez; 37(4): 969-978.

23. Balderrama P, Vendramini SF, Santos MLSG, Ponce MAZ, Oliveira IC, Villa TCS, Wysocki AD, Andrade RLP. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. Ver Eletr Enf. 2014 jul/set; 16(3):511-519.

24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas

Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 jan 1.

**ANEXO A – Projeto de pesquisa**

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Manuela Filter Allgayer

**TUBERCULOSE: AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM UNIDADES  
PENITENCIÁRIAS DO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

Santa Cruz do Sul

2014

Manuela Filter Allgayer

**TUBERCULOSE: AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM UNIDADES  
PENITENCIÁRIAS DO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

Projeto de pesquisa elaborado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I do 9º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientadora: Profª. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Coorientadora: Profª. Dra. Lia Gonçalves Possuelo

Santa Cruz do Sul

2014

## 1 INTRODUÇÃO

Doença infecciosa, causada pelo bacilo denominado *Mycobacterium tuberculosis* a Tuberculose (TB) consiste em uma enfermidade transmitida através de gotículas produzidas pela tosse, espirro ou fala da pessoa que apresenta a forma bacilífera, sendo a forma pulmonar a mais frequente entre a população mundial (WHO, 2014).

Em 2013 foram notificados no Brasil 71.123 novos casos, apresentando como coeficiente de incidência 35,4/100.000 habitantes (BRASIL, 2014).

No ambiente prisional a taxa de incidência da TB é de 50 a 70 vezes maior que na população em geral. (WHO, 2014; EUA, s/d). A População Privada de Liberdade (PPL) brasileira, em 2013, apresentou um coeficiente de incidência de 985,3/100 mil hab, o que levou a nova alternativa para o rastreamento da TB com a aquisição do Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) (BRASIL, 2015).

O Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído através da Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 e a Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014 representou um avanço para o sistema de atenção a saúde desta população vulnerável, sendo que a partir disso as PPL começaram a ter acesso a ações e serviços de saúde, contribuindo para a redução de danos e agravos, entre eles os relacionados a TB (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014). Apesar deste avanço as situações precárias de confinamento, higiene, alimentação e de atenção à saúde, e a presença de comorbidades, como por exemplo, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) continuam favorecendo o contágio por TB.

Desta forma, o presente estudo se propõe a identificar como se estabelecem as ações de controle e prevenção da TB nas penitenciárias perante o cenário que deparamo-nos atualmente. Quais as estratégias adotadas pelos enfermeiros das equipes de saúde do sistema prisional para mudança deste quadro? Quais as alianças presentes para mudanças dos quadros estatísticos e epidemiológicos? As ações encontram-se de acordo com as normatizações e recomendações do Ministério da Saúde (MS)?

No âmbito da enfermagem pesquisas que envolvem a vigilância em saúde são de grande relevância, tendo em vista que no decorrer da formação acadêmica o enfermeiro é preparado para atuar na investigação epidemiológica. Este profissional encontra-se na linha de frente do cuidado em saúde, em contato direto com os usuários e com a equipe multidisciplinar, participando ativamente do processo saúde-doença da população. Reconhecendo este cenário da TB nas unidades prisionais, o enfermeiro pode atuar na

condução das ações em saúde pública, o que adquire significativa importância na execução das atividades de controle da doença.

A participação no Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde (PET/SAÚDE) – Vigilância, subprojeto TB, foi desencadeante para a formulação deste projeto de pesquisa, tendo em vista que a situação epidemiológica que se tem sobre a TB atualmente é um fator que predispõe a preocupações dos sistemas de saúde mundiais.

Este trabalho vincula-se ao grupo de pesquisa “Reabilitação Pulmonar e suas Interfaces” da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e ao projeto “Perfil genético e epidemiológico das cepas *M. tuberculosis* da População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul” contemplado no edital chamada universal do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Nº 14/2013 de 2014.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer a realidade da assistência à saúde referente à TB nas unidades prisionais, correlacionando-a com medidas preconizadas pelo MS.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar ações e instrumentos de vigilância epidemiológica existentes nas casas penitenciárias;
- b) Relacionar as medidas preconizadas pelo MS e as realizadas pelos presídios para o controle da doença nas PPL;
- c) Contribuir para identificação e reformulação de estratégias de impacto para o controle da doença na PPL;
- d) Conhecer medidas de vigilância, recursos humanos, infraestrutura, materiais/equipamentos, atendimento a saúde e desempenho dos serviços de saúde prisionais relacionados à TB.

### 3 TUBERCULOSE (TB)

A TB conta com uma longa trajetória, onde coube ao grego Hipócrates a descrição da TB como doença, afastando-a dos domínios religiosos e definindo-a como “a mais difícil de curar e fatal” das enfermidades. Por muitos anos pesquisadores dedicaram-se ao desvendamento da doença, porém apenas em 1882 o cientista alemão Robert Koch declarou o descobrimento do agente causador da TB. Koch se deteve na identificação do microrganismo em tecidos infectados, na cultura do patógeno suspeito e posteriormente na inoculação em animais que reproduziram a sintomatologia presente em humanos (BERTOLLI FILHO, 2001; MEDCALF, 2013).

A TB trata-se de uma doença de transmissão aérea, que ocorre a partir da inalação de aerossóis liberados pela pessoa com a forma ativa (bacilífera) da doença, através da fala, espirro e/ou tosse. A forma bacilífera é em geral a tuberculose pulmonar e laríngea. Roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispensam em aerossóis, por isso não desempenham papel significativo na transmissão da doença. Calcula-se que uma pessoa doente no decorrer de um ano pode vir a infectar de 10 a 15 pessoas. A forma latente da doença se estabelece em um terço da população mundial, o que significa que as mesmas estão infectadas pelo BK, mas não possuem a doença, o que conseqüentemente não gera transmissão para outras pessoas (BRASIL, 2014).

A pessoa saudável ao entrar em contato com a bactéria induz o pulmão a algumas possibilidades: eliminar o bacilo, reproduzir a infecção latente (bactéria adormecida), evoluir rapidamente para a doença (doença primária) ou o aparecimento da doença após algum tempo (reativação da infecção latente). Os bacilos chegam aos alvéolos pulmonares e são fagocitados pelos neutrófilos ou pelos macrófagos, podendo ser eliminados ou sobreviver e se multiplicar desencadeando uma resposta inflamatória imune tentando bloquear o bacilo de forma a eliminá-lo ou impedir sua disseminação (forma latente) dentro dos granulomas. A destruição dos granulomas por sua vez faz com que os bacilos sejam eliminados para outras áreas do parênquima pulmonar, caracterizando a fase primária da doença (MARTINS, 2009).

Em relação aos sintomas clássicos da doença apresenta-se a tosse por 3 semanas ou mais, além de outros sinais e sintomas como dor torácica, dispnéia, hemoptise, febre vespertina, sudorese noturna, anorexia e emagrecimento, quando o doente apresenta a forma pulmonar da doença. Os sinais e sintomas das formas extrapulmonares vão depender do órgão acometido, como por exemplo, o comprometimento do trato urinário que vai manifestar



hematúria e dor lombar, além das manifestações sistêmicas como referidas anteriormente (BRASIL, 2011).

Os exames mais utilizados para diagnóstico da TB ativa incluem: exame microscópico direto (baciloscopia direta), cultura para micobactéria com identificação de espécie, teste rápido para tuberculose (TR-TB) e radiografia de tórax. O Teste de Mantoux trata-se de um meio de detecção da TB latente.

A baciloscopia direta de escarro ou bacilo álcool-ácido-resistente trata-se da técnica mais utilizada no Brasil, permite detectar de 60% a 80% dos casos, com resultado em até 48 horas. Método simples, rápido, de baixo custo e seguro, o mesmo deve ser solicitado aos pacientes que apresentam tosse por três semanas ou mais, suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar (independente do tempo de tosse) e em pessoas com suspeita clínica de TB em sítios extrapulmonares (BRASIL, 2014). Devem ser coletadas duas amostras de escarro, uma no primeiro atendimento e outra na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar, sendo necessário uma ao mês para acompanhamento de novos casos e retratamento (BRASIL, 2011).

A cultura para micobactéria com identificação de espécie é o método utilizado para suspeita clínica e radiológica de TB, suspeito de TB com amostras paucibacilares (poucos bacilos), dificuldades em amostras e suspeitos de TB extrapulmonar (BRASIL, 2011). Trata-se de um método mais sensível que a baciloscopia, o que se torna possível a identificação da micobactéria e a realização de testes de sensibilidade aos fármacos (MARTINS, 2009).

O teste rápido para tuberculose (TR-TB) é um método molecular para diagnóstico da TB, onde detecta-se o DNA do *Mycobacterium Tuberculosis* e a resistência a rifampicina (RIF) (BRASIL, 2014). É um teste que apresenta diagnóstico mais rápido do que a cultura, levando de 3 a 24 horas para obtenção do resultado, auxiliando assim na otimização do diagnóstico e no controle da doença. (ZEKA; TASBAKAN; CAVUSOGLU, 2011).

Através do exame radiológico podemos ter achados que apontam suspeita da doença em atividade ou no passado, além da sua extensão e comprometimento pulmonar. Paciente com suspeitas clínicas permite a diferenciação de imagens sugestivas de TB ou de outra doença, sendo indispensável submê-los a exame bacteriológico (BRASIL, 2011).

O teste de Mantoux utilizado para detecção da infecção latente da TB trata-se de um método de grande valia para o controle de contatos e pessoas com HIV (BRASIL, 2014). Este consiste na introdução da tuberculina via intradérmica na região do terço médio do antebraço esquerdo. Após 72 horas deverá ser medido o diâmetro transversal em milímetros da endureção, que deve ser inferior a 9 milímetros, caso contrário, estratégias de tratamento

profilático deverão ser iniciadas. (BRASIL, 2011; MÉXICO, s/d). Na década de 40 o tratamento da TB restringia-se, sobretudo ao repouso, boa alimentação e isolamento dos doentes em sanatórios afastando-os do convívio em sociedade. Eram realizados tratamentos cirúrgicos para ressecção de partes do pulmão acometido, além do pneumotórax através da colocação de ar no espaço pleural do doente. A partir deste período começam a surgir os antibióticos para tratamento da TB, como a estreptomicina e a isoniazida que começam a reduzir os índices de mortalidade. Na década de sessenta foi instituído o esquema definitivo, formado pelo grupo de três antibióticos de administração diária por 18 a 24 meses, tendo como percentil 95% de cura (CONDE, 2002). O esquema básico (2RHZE/4RH) utilizado atualmente para tratamento da TB é composto por rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e etambutol (E) combinados em comprimidos de doses fixas, de uso diário e administração em uma única tomada.

Como medidas de controle temos a vacinação vacina BCG (bacilo de Calmette e Guérin), a detecção precoce de casos e o tratamento dos casos. A vacina é elaborada a partir de bacilos atenuados da cepa de *Mycobacterium bovis*. A vacinação promove de maneira artificial uma primo-infecção leve e inofensiva, evitando que mais tarde a pessoa venha a adoecer das formas mais graves da TB (BRASIL, 2003). É indicada a recém nascidos com peso maior ou igual a 2 kg, lactantes que foram vacinados e não apresentaram cicatriz vacinal após seis meses devem ser revacinados mais uma vez, crianças incluindo indígenas de 0 a 4 anos preferencialmente em menores de 1 ano. A vacinação é indicada ainda para crianças HIV positivas logo ao nascer e que não apresentem sintomas e sinais de imunodeficiência. Crianças que apresentam sintomas e sinais de imunodeficiência a mesma está contraindicada, assim como para adultos HIV positivos sob qualquer hipótese. Recém-nascidos contatos de pessoas bacilíferas não devem ser vacinados e sim deverão realizar tratamento da infecção latente da TB (BRASIL, 2011).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) vem sendo utilizado para maior adesão ao tratamento, o que consiste na observação da ingestão de medicamentos para TB, de preferencia todos os dias por profissionais da saúde. O TDO possibilita uma maior probabilidade de cura e resistência, estabelecendo vínculos entre o paciente e o profissional (BRASIL, 2011).

## 4 EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE

A TB continua sendo uma das doenças transmissíveis mais mortais no mundo. No ano de 2013, 9 milhões de pessoas adoeceram e 1,5 milhões foram a óbito em âmbito global (WHO, 2014). Estima-se que um terço da população encontra-se infectada pelo bacilo, mas apenas 1 em cada 10 desenvolverá a doença. Cerca de 3 milhões de doentes ficam desassistidos pelos sistemas de saúde a cada ano, não recebendo os devidos cuidados referente ao tratamento, o que leva a consequências como o óbito e a infecção de outras pessoas (WHO, 2014e). Mais de 95% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda, onde a TB é uma das cinco causas de morte mais frequente entre mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos e é responsável por um quarto das mortes de pessoas soropositivas. A taxa de mortalidade caiu em 45% entre os anos de 1990 e 2013 (WHO, 2015b).

No Brasil, em 2009 o MS por meio do Programa Nacional de Combate a Tuberculose (PNCT), estabeleceu 181 municípios prioritários para o combate da doença através da intensificação de medidas de controle. Os municípios conceituados como prioritários respondem a alguns dos seguintes critérios: serem capitais; número de habitantes igual ou maior a 100 mil e com coeficiente de incidência superior a 47/100 mil; Municípios de região metropolitana de capitais com mais de 30 casos na média ou maior valor notificado dos últimos três anos; Municípios com número de habitantes menor que 100 mil e com carga de TB igual ou superior a 30 casos; Municípios com média de incidência de HIV maior que a nacional; Municípios com número de habitantes igual ou maior a 100 mil e com coeficiente de mortalidade superior a 3,0/100 mil; e Municípios com número de habitantes menor que 100 mil e com média de óbitos por TB igual ou superior a cinco por ano.

A Região Sudeste do país é a que apresenta o maior número de municípios prioritários, sendo que São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ) abrangem 76,5% destes municípios. Nas regiões Nordeste e Sul, os estados da Bahia e Rio Grande do Sul (RS) são os estados com maiores números de municípios prioritários (BRASILi, 2014). Em 2014, foram diagnosticados 67.966 casos novos de tuberculose. Ao longo dos anos, observa-se uma redução do coeficiente de incidência, passando de 41,5/100 mil hab. em 2005 para 33,5 por 100 mil hab. em 2014, o que corresponde a uma redução média de 2,3% ao ano nesse período (BRASIL, 2015).

Atualmente o estado do RS apresenta 15 municípios prioritários para o combate da tuberculose são eles: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia

do Sul, Uruguaiana e Viamão, estes por sua vez foram responsáveis pela notificação de 68,1% dos casos de TB pulmonar com baciloscopia positiva no ano de 2009, sendo que a capital Porto Alegre notificou 29,6% do total destes casos (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

## **5 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE A TUBERCULOSE (PNCT)**

Reconhecido como um dos programas mais eficientes do mundo, o PNCT criado pelo MS, reduziu o número de óbitos por TB, atingindo uma das metas do Objetivo do Milênio (BRASIL, 2014e). Diante da situação o PNCT busca investimentos na qualificação dos serviços de saúde, capacitação de recursos humanos para ações de vigilância, avaliação e controle, ampliando a capacidade de diagnóstico por meio da baciloscopia, intensificando a busca de sintomático respiratório e de contatos no país. Entre os objetivos gerais encontram-se a redução da morbidade, mortalidade e transmissão da doença, sendo os principais objetivos específicos: aumentar a detecção de novos casos através da busca ativa (populações vulneráveis, como por exemplo, os presidiários), aumentar a cura, diminuir o abandono do tratamento, expandir o tratamento diretamente observado, capacitação permanente dos profissionais, ampliar as atividades de co-infecção TB/HIV e aperfeiçoar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2014e).

## 6 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

A vulnerabilidade a TB pode ser ocasionada por falta de poder econômico, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pobreza, falta de escolaridade e carência de recursos ou por circunstâncias dos próprios indivíduos, tal como doença mental, deficiência intelectual, doenças graves ou extremos de idade (ROGERS; BALLANTYNE, 2008). Características como a faixa etária, escolaridade, migração, acesso a meios de informação e conhecimento em relação à doença, podem afetar diretamente a vulnerabilidade para a TB, havendo a necessidade de potencializar o acesso a meios de informação (SANCHÉZ; BERTOLOZZI, 2011). Algumas condições propiciam um maior risco, devido principalmente ao comprometimento causado ao sistema imune, que propiciará uma maior chance de adoecimento, quando comparados com a população em geral, visto que o padrão de ocorrência da TB é diretamente relacionado com determinantes sociais, como baixa renda, condições de moradia insalubres, desnutrição, entre outros (SOUZA; BERTOLOZZI, 2007).

Dentre as populações vulneráveis podem ser destacadas as PPL, populações indígenas, populações em situação de rua, pessoas vivendo com HIV/Aids e profissionais da saúde. (BRASIL, 2011).

A associação HIV/TB é uma das condições que mais acarretam em mortalidade no país. As pessoas imunodeprimidas estão mais propensas a desenvolver a doença ativa e com grande frequência o diagnóstico de HIV ocorre durante o curso e diagnóstico da TB. Em 2012, a coinfeção foi evidente em 9,6% da população acometida pela TB. O MS orienta a realização de teste para o vírus em todas as pessoas com TB, por meio do teste rápido e para as pessoas com HIV a identificação precoce, tratamento da doença ativa ou da infecção latente e o início oportuno da terapia antirretroviral (BRASIL, 2014).

A população indígena brasileira representa atualmente 0,4% do total da população brasileira, porém em 2012 foram diagnosticados 1,1% do total de casos da doença nesta população, sendo sua taxa de incidência três vezes maior que na população em geral (CENSO, 2010; SINAN, 2010). A infraestrutura domiciliar com ambientes pouco ventilados e precária iluminação, com uma grande concentração de indivíduos em um mesmo domicílio, constante presença de fumaça de formigueiro (utilizada para cozinhar e aquecer) e presença de casos de desnutrição são fatores que justificam a vulnerabilidade destes indivíduos a TB (BRASIL, 2011).

Em relação às populações de rua existem poucos dados sobre a TB, porém estudos demonstram que se constitui um problema de saúde pública visto que a taxa de abandono ao

tratamento é elevada, a alimentação é inadequada, uso de álcool e outras drogas é comum (PILLER, 2012; BRASIL,2011).

Profissionais de saúde, devido ao seu grande contato com pacientes que possuem a doença, acabam sendo uma população vulnerável à infecção pelo *M. tuberculosis*. O profissional de saúde, portador de alguma condição que possa interferir em seu sistema imune, tem maior risco de desenvolver a doença. No entanto medidas de biossegurança referentes à transmissão da TB ainda são negligenciadas. A detecção da infecção por Infecção Latente de TB (ILTB) deve ser realizada em exames admissionais e de forma periódica, garantindo a segurança o profissional (BRASIL, 2011).

A PPL são populações sob custódia dos sistemas penitenciários brasileiros. Constitui um grave problema de saúde devido a situações de confinamento precárias que contribuem ao adoecimento por TB, principalmente em países em desenvolvimento e com alta endemicidade, sendo formas resistentes e multirresistentes bastante comuns, que estão relacionadas com o tratamento irregular e a demora na detecção dos casos (ROCHA et al., 2014).

## **7 O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSP)**

O Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, criado em 2005 trata-se de um trabalho matricial realizado pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, representou um avanço para o sistema de saúde pública no Brasil, sendo que a partir disso as PPL começaram a ter acesso às ações e serviços de saúde contribuindo para a redução de danos e agravos provocados pelas condições insalubres de “moradia”, além de representar a inclusão destas pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS). Contribuir para o controle e ou redução de agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária é uma de suas linhas de ação o que inclui a busca de casos de tuberculose (busca de sintomáticos respiratórios, notificação no SINAN e encaminhamento de baciloscopia), tratamento (forma supervisionada diária para todos os casos, oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados), registrar os casos no livro de Registro dos casos de Tuberculose, acompanhar mensalmente por consulta de enfermagem e/ou médica e baciloscopia de controle e proteção de sadios (examinar contactantes, realizar o teste de Mantoux quando indicado, realizar radiografia quando indicado e desenvolver ações educativas) (BRASIL, 2005).



## 8 A TUBERCULOSE NOS SISTEMAS PRISIONAIS

No ano de 2013 a PPL representava 0,3% da população brasileira e contribuiu com 7,8% dos casos notificados de tuberculose no país, sendo a incidência da doença no país entre essa população de 936,9/100 mil habitantes (BRASIL, 2014).

Em um estudo realizado em penitenciárias do Sul do Brasil, identificou uma prevalência de 3.789 casos por 100.000 habitantes e uma incidência de 2.894 casos por 100.000 habitantes, com média de idade de 30,6 anos, sendo 98,7% dos indivíduos com idades inferiores a 45 anos, 4,16% analfabetos, 56,94% fumantes, 40,27% usuários de drogas e 6,9% com coinfeção TB/HIV (KUHLEIS et al., 2012).

Um estudo realizado entre a população prisional da Etiópia encontrou um número elevado de casos entre sua população prisional, com uma prevalência de 1913 casos por 100.000 habitantes. Sua população era predominantemente masculina (95%), com predominância de uma população jovem, com idades entre 15 e 44 anos, 42,9% eram analfabetos e 8,9% dos avaliados obtiveram resultados de cultura e baciloscopia positivos (ABEBE et al., 2011). Em penitenciárias do Brasil, verificou-se uma prevalência de 4,6%, com média de idade de 25 anos, onde 8,2% dos indivíduos possuía história de TB anterior (FOURNET et al., 2006).

Os sistemas prisionais carentes sofrem da superlotação, falta de higiene e ventilação inadequada, representando um epicentro para transmissão da TB entre contatos e comunidades vizinhas exteriores. As estratégias adotadas para o controle da tuberculose nestes ambientes continuam sendo essencialmente biomédicas (identificação e tratamento dos casos) e educativas, tendo eficácia limitada se não associadas a medidas de melhoria das condições ambientais, raras vezes implementadas (ABEBE, 2011; BRASIL, 2012).

No Brasil, a magnitude da epidemiologia da TB no sistema prisional é pouco conhecida. Entretanto, alguns estudos em prisões evidenciaram a gravidade da doença nos sistemas prisionais, demonstrando a importância da implementação de sistemas e estratégias de controle em todas as unidades prisionais (GOUVEIA et al., 2010; LEMOS; MATOS; BITTENCOURT, 2009). Fatores como a subvalorização dos sintomas, o risco de estigmatização e segregação, pouca informação, falta de recursos humanos e a preocupação maior com a segurança, dificultam a implementação de estratégias de controle da TB conforme o recomendado (SILVA; WEILLER; FARÃO, 2011; BRASIL, 2011).

A detecção de casos de TB no ambiente prisional não deve restringir-se apenas a demanda espontânea, sendo necessária a busca ativa no momento do ingresso (o que não deve

passar de 7 dias), com periodicidade e também em contatos. Alguns fatores devem ser levados em consideração como: sensibilizar a população e os profissionais carcerários para a importância da identificação precoce de casos e da tosse como principal sintoma da TB; Instituir a educação continuada e coinfeção TB/HIV para profissionais de saúde das unidades; estabelecer mecanismos que facilitem a comunicação e o acesso dos apenados a unidade de saúde carcerária; e sumeter todo caso suspeito a baciloscopia de escarro, cultura BK e, em caso de negatividade à baciloscopia, radiografia de tórax (BRASIL, 2011).

A busca ativa periódica deve ocorrer no ambiente prisional pelo menos uma vez ao ano, de modo a examinar toda PPL em um curto período de tempo. Trata-se de uma estratégia de controle, sendo que o rastreamento em massa permite identificar a dimensão do problema e sensibilizar para ações de controle. Quando diagnosticado um caso de TB dentro das celas, todos os contatos deverão ser avaliados, sendo indicado baciloscopia de escarro para todos os contatos que tiverem expectoração (independe da duração da tosse) e exame radiológico de tórax se possível. (BRASIL, 2011y)

As ações e os serviços de atenção básica podem ser realizados e organizados nos ambientes prisionais por equipes interdisciplinares. Unidades penitenciárias com até 100 presos as equipes serão compostas por Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Psicólogo, Assistente Social, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), oriundas do sistema público do município, não exclusiva da unidade penitenciária, com carga horária semanal de 4 horas. Presídios com mais de 100 presos a equipe de saúde será formada pelos mesmos profissionais, sendo esta exclusivamente da unidade prisional com jornada de trabalho de 20 horas semanais. A equipe de saúde prisional ainda poderá contar com Agentes Promotores de Saúde que tratam-se de presidiários que auxiliam em ações de prevenção e promoção da saúde, identificação e comunicação de agravos à saúde para a equipe (BRASIL, 2005)

## **9 METODOLOGIA**

### **9.1 Tipo pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa de enfoque quantitativo, do tipo exploratório e descritivo. As pesquisas quantitativas tornam-se adequadas quando se deseja conhecer a extensão do objeto de estudo, aplicando-se nos casos em que se busca identificar o grau de conhecimento, as opiniões, impressões, hábitos, comportamentos, de populações, serviços, instituições e/ou outros. (SOUZA et al, 2013). Enfoques quantitativos possibilitam a generalização de resultados mais amplamente, o que permite o controle, contagem e magnitude dos fenômenos, além de favorecer a comparação entre estudos similares. Delimitamos uma ideia e posteriormente extraímos objetivos e perguntas de pesquisa, revisamos a literatura e elaboramos um marco ou uma perspectiva teórica. Formulamos hipóteses e determinamos variáveis através das perguntas de pesquisa, desenvolvemos um plano para testá-las, medimos variáveis do determinado contexto, utilizamos métodos estatísticos e estabelecemos uma série de conclusões em relação às hipóteses (HERNÁNDEZ, 2013). Estudos exploratórios caracterizam-se como aqueles onde o problema de pesquisa é pouco estudado e não se obtém muitas informações sobre. Ajuda o pesquisador a se familiarizar com fenômenos desconhecidos, obter informações para realizar uma pesquisa mais completa de um contexto específico e pesquisar novos problemas. Os estudos descritivos procuram especificar as propriedades, as características e perfis de profissionais, grupos, comunidades e outros que podem ser submetidos a uma análise, mostrando com precisão as dimensões do que está sendo estudado (HERNÁNDEZ, 2013).

### **9.2 Local de pesquisa**

O estudo será realizado em Unidades Prisionais do estado do Rio Grande do Sul (RS), que possuem unidades de saúde prisional. O estado apresenta atualmente 19 presídios e 25 unidades de saúde prisionais apresentadas a seguir:

**Quadro 1: Dispõe sobre as Unidades de Saúde Penitenciárias existentes no estado do Rio Grande do Sul (RS), população carcerária e população máxima.**

<b>Nome da Unidade Prisional</b>	<b>População carcerária</b>	<b>Capacidade máxima de pessoas</b>	<b>Nº de equipes de saúde prisional</b>
Presídio Central de Porto Alegre	4.242	1.824	3
Penitenciária Feminina Madre Pelletier	219	239	1
Penitenciária Modulada Estadual de Charqueadas	1.317	976	2
Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	264	288	1
Penitenciária Estadual de Charqueadas	664	336	1
Penitenciária Estadual do Jacuí – Charqueadas - Santos Moreira	2.087	1.372	2
Penitenciária Modulada Estadual de Montenegro	1.320	976	1
Penitenciária Estadual de Santa Vitória do Palmar	93	48	1
Penitenciária Estadual de São Luiz Gonzaga	122	138	1
Penitenciária Estadual de Santa Rosa	331	288	1
Penitenciária Modulada Estadual de Osório	1.218	800	2
Penitenciária Estadual de Três Passos	226	162	1
Presídio Regional de Pelotas	1.051	472	1
Presídio Regional de Santa Cruz do Sul	380	250	1
Penitenciária Estadual de Santo Cristo	50	60	1
Penitenciária Modulada de Ijuí	533	466	1
Penitenciária Estadual de Rio Grande	1.023	568	2
Penitenciária Estadual de Venâncio Aires	501	529	1
Presídio Estadual de São Gabriel	167	160	1
<b>Total</b>	<b>15.808</b>	<b>9.952</b>	<b>25</b>

Fonte: Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE). Dados estatísticos referentes à jun/2015. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/>. Acesso em: 30/06/2015

Será realizado uma entrevista face a face através de um questionário com perguntas abertas e fechadas, a ser realizado com o responsável pela unidade de saúde prisional. Como critérios de inclusão determinou-se o tempo mínimo de trabalho de seis meses na unidade prisional atuante.

#### **9.4 Instrumento de coleta de dados**

Foram elaborados dois instrumentos para a coleta de dados nas unidades de saúde prisionais, um do tipo entrevista (APÊNDICE A) que aborda dados gerais da Unidade Prisional (UP) e unidade de saúde prisional, recursos humanos e atendimento a saúde. O outro instrumento do tipo Check-list (APÊNDICE B) aborda instrumentos de vigilância epidemiológica, estrutura física, materiais e dados epidemiológicos de 2014 da unidade. Serão utilizados também dados do Livro de Sintomáticos Respiratórios (ANEXO D) e do Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de Tuberculose (ANEXO E).

#### **9.5 Análise dos dados**

Os dados serão tabulados em banco de dados eletrônico no programa Microsoft® Excel 2010 (Sistema Operacional Windows 2010, Microsoft Corporation Inc.). As análises descritivas e univariadas serão realizadas no software estatístico SPSS (v. 20.0). Os valores serão expressos como média e desvio padrão ou números absolutos e percentuais. As médias serão comparadas pelo teste de ANOVA ou teste T e para comparações de variáveis qualitativas será utilizado o qui-quadrado. Valores de  $p < 0,05$  serão considerados significativos.

#### **9.6 Aspectos éticos**

O estudo será submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Caso aprovado, será encaminhada uma cópia ao [Superintendência dos Serviços Penitenciários](#) (SUSEPE). Mediante aprovações, serão contactadas as unidades prisionais onde se realizará a pesquisa. No presente trabalho será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE C) elaborado pela

pesquisadora, no qual será impresso em duas vias, uma ficará sob respaldo do entrevistado e outra do entrevistador. O sigilo e a preservação da identidade dos participantes serão garantidos em todos os momentos da realização deste estudo. Os resultados deste estudo serão apresentados em forma de artigo científico na disciplina de Trabalho de Conclusão II do curso de graduação em Enfermagem da UNISC, podendo ser publicado em periódicos científicos e apresentados em eventos da área.



## 11. ORÇAMENTO

ITENS A SEREM FINANCIADOS E ESPECIFICAÇÕES	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Passagens de ônibus intermunicipal destino Porto Alegre (POA)	2	R\$ 36,35	R\$ 72,70
Passagens interurbano Porto Alegre (POA)	4	R\$ 3,25	R\$ 13,00
Passagens de ônibus intermunicipal destino Charqueadas	6	R\$ 11,35	R\$ 68,10
Passagens interurbano Charqueadas	8	R\$ 2,65	R\$ 21,20
Passagens de ônibus intermunicipal destino Rio Grande	4	R\$ 73,15	R\$ 146,30
Passagens interurbano Rio Grande	2	R\$ 3,00	R\$ 6,00
Passagens de ônibus intermunicipal destino Pelotas	2	R\$ 58,10	R\$ 116,20
Passagens interurbano Pelotas	2	R\$ 2,60	R\$ 5,20
Passagens de ônibus intermunicipal destino Montenegro	2	R\$ 25,50	R\$ 51,00
Passagens interurbano Montenegro	2	R\$ 2,50	R\$ 5,00
Passagens de ônibus intermunicipal destino Santa Vitória do Palmar	2	R\$ 113,20	R\$ 226,40
Passagens de ônibus interurbano Santa Vitória do Palmar	2	R\$ 2,50	R\$ 2,50
Passagens de ônibus intermunicipal destino São Luiz Gonzaga	2	R\$ 115,70	R\$ 231,40
Passagens de ônibus interurbano São Luiz Gonzaga	2	R\$ 2,80	R\$ 5,60
Passagens de ônibus intermunicipal destino Santa Rosa	2	R\$ 96,00	R\$ 192,00
Passagens de ônibus interurbano Santa Rosa	2	R\$ 2,25	R\$ 4,50
Passagens de ônibus intermunicipal Osório	2	R\$ 23,60	R\$ 47,20
Passagens de ônibus interurbano Osório	2	R\$ 2,80	R\$ 5,60
Passagens de ônibus intermunicipal destino Três Passos	2	R\$ 86,05	R\$ 172,10
Passagens de ônibus interurbano Três Passos	2	R\$ 2,80	R\$ 5,60
Passagens de ônibus intermunicipal destino Santo Cristo	2	R\$ 98,25	R\$ 196,50
Passagens de ônibus interurbano Santo Cristo	2	R\$ 2,80	R\$ 5,60
Passagens de ônibus intermunicipal destino Venâncio Aires	2	R\$ 5,00	R\$ 10,00
Passagens de ônibus interurbano Venâncio Aires	2	R\$ 2,50	R\$ 5,00
Passagens de ônibus intermunicipal destino São Gabriel	2	R\$ 61,45	R\$ 122,90
Passagens de ônibus interurbano São Gabriel	2	R\$ 2,40	R\$ 4,80
Passagens interurbano Santa Cruz do Sul	2	R\$ 2,60	R\$ 5,20
Diária hotel	9	R\$ 150,00	R\$ 1.350,00
Pacote Papel Sulfite – A4 – 500 folhas	1	R\$ 12,90	R\$ 12,90
Capa para trabalhos da UNISC	5	R\$ 0,50	R\$ 2,50
Caneta esferográfica cristal azul	2	R\$ 2,00	R\$ 4,00
Encadernação	5	R\$ 2,50	R\$ 12,50
Alimentação	10	R\$ 15,00	R\$ 150,00
<b>TOTAL GERAL</b>			<b>R\$ 3.279,50</b>



## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health topics: Tuberculosis (TB). Disponível em: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>. Acesso em: 22/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Brasília: MS, 2014a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. TB prevention and control care in prisons. Geneva: World Health Organization: 2014. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/essets/pdf\\_file/0005/249197/Prisons-and-Health,-8-TB-prevention-and-control-care-in-prisons.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/essets/pdf_file/0005/249197/Prisons-and-Health,-8-TB-prevention-and-control-care-in-prisons.pdf?ua=1). Acesso em: 22/03/2015

UNITED STATES. Agency International Development. Tuberculosis in prisons: A growing public health challenge. Disponível em: <http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/USAID-TB-Brochure.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 2, p. 18, 4 jan. 2014b. Seção 1.

BERTOLLI FILHO, CLAUDIO. *História social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

MEDCALF, A. et al. *Tuberculose uma breve história*. 1 ed. Reino Unido: Orient BlackSwan, 2013.

CONDE, MB.; SOUZA GM.; KRITSLI AL. *Tuberculose sem medo*. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

BRASIL. Agência Fiocruz de Notícias: Saúde e ciência para todos. Tuberculose. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <http://www.agencia.fiocruz.br/tuberculose>. Acesso em: 22/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Transmissão. 2014c Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11481-descricao-da-doenca>. Acesso em: 16/04/2015.

MARTINS, M. A. et al. *Clínica médica*. 1 ed. São Paulo: Manole, 2009.

ZEKA, A. N.; TASBAKAN, S.; CAVUSOGLU, C. Evaluation of the GeneXpert MTB/RIF assay for rapid diagnosis of tuberculosis and detection of rifampin resistance in pulmonary and extrapulmonary specimens. *J Clin Microbiol*, v. 49, n. 12, p. 4138-41, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Guia de orientações para coleta de escarro. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Técnica de aplicação e leitura da prova tuberculínica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MÉXICO. Programa Nacional de Tuberculosis. Manual para La aplicación y lectura de La Prueba Tuberculínica (PPD). Red TAES de Enfermería en Tuberculosis. [s/d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teste Rápido Molecular (TRM-TB): uma nova tecnologia para o diagnóstico da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e. Disponível em: [http://funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2014/06/Apresenta%C3%A7%C3%A3o4\\_TMRTB\\_Nova\\_Tecnologia\\_3Jun14\\_Dr-Josu%C3%A9.pdf](http://funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2014/06/Apresenta%C3%A7%C3%A3o4_TMRTB_Nova_Tecnologia_3Jun14_Dr-Josu%C3%A9.pdf). Acesso em: 22/03/2015.

ROGERS, W.; BALLANTYNE, A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro*, v. 2, p. 31-41, 2008.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 669-675, 2011.

SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Banco de dados agregados do DATASUS. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>>. Acesso em 10 mar. 2014.

SOUZA, G. S.; SANTOS, A. R.; DIAS, V.B. *Metodologia da pesquisa científica: a construção do conhecimento e do pensamento científico no processo de aprendizagem*. 4. ed. Porto Alegre: Animal, 2013.

HERNÁNDEZ SAMPIEI, Roberto. *Metodologia de pesquisa*. Tradução de Daisy Vaz de Moraes. 5. ed. Porto Alegre: Penso 2013.

ROCHA, J. Z. et al. Respiratory symptoms and active tuberculosis in a prison in Southern Brazil: Associated epidemiologic variables. *Rev Epidemiol Control Infect*, v. 3, n. 4, p. 128-133, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação: cartilha para trabalhadores de sala de vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf). Acesso em: 22/03/2015.

WHO. World Health Organization. TB Reach the 3 million. Geneva: World Health Organization, 2014e. Disponível em: <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2014/tb-day-brochure.pdf>. Acesso em: 22/03/2015.

WHO. World Health Organization. Tuberculosis. Geneva: World Health Organization, 2015b. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>. Acesso em: 23/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da Tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015l.

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Combate a Tuberculose. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339784445\\_Plano%20Estadual%20de%20Controle%20da%20Tuberculose.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339784445_Plano%20Estadual%20de%20Controle%20da%20Tuberculose.pdf). Acesso em: 25/04/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

KUHLEIS, D. et al. Tuberculosis in a southern Brazilian prison. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, v. 107, n. 7, p. 909-915, 2012.

ABEBE, D. S. et al. Assessment of knowledge and practice about tuberculosis among eastern Ethiopian prisoners. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2011.

FOURNET, N. et al. Development and evaluation of tuberculosis screening scores in Brazilian prisons. *Public Health*, London, v. 120, p. 976-983, 2006.

LEMOS, A. C.; MATOS, E. D.; BITTENCOURT, C. N. Prevalence of active and latent tuberculosis among inmates in a prison hospital in Bahia, Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Rio de Janeiro, v. 35, p. 63-68, 2009.

SILVA, D.C.; WEILLER, T.H.; FARÃO, E.M.D. Descrição de casos de tuberculose em pessoas institucionalizadas; Revista contexto & saúde; Editora unijuí. 2011; v. 10 n.20. p. 893-898.

BRASIL. Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões. Rio de Janeiro: Departamento Penitenciário Nacional, 2012.

BRASIL. 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, 2011y.

OPAS. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Guia sobre gênero, HIV/AIDS, coinfeções no sistema prisional.

## APÊNDICE A

**Projeto de pesquisa: “Tuberculose: ações assistenciais e de vigilância em unidades penitenciárias do Rio Grande do Sul (RS)”.**

### **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO TIPO ENTREVISTA – Dados gerais da Unidade Prisional (UP) e Unidade de Saúde Prisional, recursos humanos e atendimento a saúde.**

1. Nº do instrumento de coleta de dados:	nquest ____
2. Data da coleta de dados: ____/____/____	data ____
3. Nome do coletador (a):	nomecol ____
<b>DADOS DO ENTREVISTADO</b>	
4. Iniciais do nome:	nomeentr ____
5. Idade:	Idade __
6. Formação:	forma ____
7. Tempo de trabalho na unidade: __ meses	temptra __
<b>DADOS GERAIS DA UNIDADE PRISIONAL (UP)</b>	
8. Nome da UP:	nomepri ____
9. Localidade da UP:	local ____
10. População carcerária: ____ presos	popcarc ____
11. População masculina: ____ homens	popmas ____
12. População feminina: ____ mulheres	popfem ____
13. Nº de carcerários por cela: ____ carcerários	carcecela ____
<b>DADOS GERAIS DA UNIDADE DE SAÚDE PRISIONAL</b>	
14. Horário de funcionamento da unidade de saúde (em turnos): (0) Um turno (1) Dois turnos (2) Três turnos	hfunc __
15. Nº de atendimentos ambulatoriais/mês: __ atendimentos	Atendmes ____
<b>RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE PRISIONAL (UP)</b>	
16. Nº de profissionais que compõem a equipe de saúde: ____ profissionais	nprof ____
17. Quais profissionais compõem a equipe de saúde? Médico: (0) sim (1) não Enfermeiro: (0) sim (1) não Odontólogo: (0) sim (1) não Assistente social: (0) sim (1) não Psicólogo: (0) sim (1) não Auxiliar de enfermagem: (0) sim (1) não Auxiliar de consultório dentário: (0) sim (1) não Outro: _____	med __ enf __ odonto __ associal __ psico __ auxenf __ auxden __ outro __
18. Carga horária dos profissionais: Médico: __ horas/semanais Enfermeiro: __ horas/semanais Odontólogo: __ horas/semanais Assistente social: __ horas/semanais Psicólogo: __ horas/semanais Auxiliar de enfermagem: __ horas/semanais Auxiliar de consultório dentário: __ horas/semanais Outro: __ horas/semanais	hmed __ henf __ hodonto __ hassocial __ psico __ auxenf __ auxden __ outro __
19. Existem presidiários como agentes promotores de saúde: (0) sim (1) não (2) não sabe do que se trata	promo __
20. Se sim, qual a quantidade? __ promotores	quantpromo __
<b>ATENDIMENTO A SAÚDE</b>	

21. Busca de sintomáticos respiratórios (SR) na admissão dos carcerários: (0) sim (1) não (2) não sabe do que se trata 22. Se sim, até quantos dias após sua admissão? (0) até 7 dias (1) de 7 a 15 dias (2) mais de 15 dias	buscasr __ tempbusca __
23. Exames solicitados posteriormente: Baciloscopia: (0) sim (1) não Exame radiológico: (0) sim (1) não (2) em alguns casos Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB): (0) sim (1) não Cultura para micobactéria: (0) sim (1) não (2) em alguns casos Teste de glicemia capilar: (0) sim (1) não Teste sorológico anti-HIV: (0) sim (1) não Outro: _____	bacilo __ raiox __ trm __ cultura __ glice __ testhiv __ outro __
24. Realização de teste sorológico anti-HIV na admissão dos carcerários: (0) sim (1) não	testhiv __
25. Averiguação de cicatriz vacinal (BCG) na admissão dos carcerários: (0) sim (1) não 26. Se inexistente, é realizada a vacina? (0) sim (1) não	cbcg __ rbcg __
27. Busca ativa de SR (em massa) na População Privada de Liberdade (PPL): (0) sim (1) não (2) não sabe do que se trata 28. Se sim, frequência: (0) a cada 6 meses (1) a cada 1 ano (2) a cada 2 anos (3) outra: _____	srppl __ freqsr __
29. Exames solicitados posteriormente: Baciloscopia: (0) sim (1) não Exame radiológico: (0) sim (1) não (2) em alguns casos Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB): (0) sim (1) não Cultura para micobactéria: (0) sim (1) não (2) em alguns casos Teste de glicemia capilar: (0) sim (1) não Teste sorológico anti-HIV: (0) sim (1) não Outro: _____	bacilo __ raiox __ trm __ cultura __ glice __ testhiv __ outro __
30. Transporte de material biológico: (0) Profissionais da equipe de saúde prisional (1) outro: _____	transbio ____
31. Orientação dos familiares/visitantes dos casos positivos: (0) sim (1) não (2) algumas vezes	oripessoas __
32. Realização de Tratamento Diretamente Observado (TDO): (0) sim (1) não (2) não sabe do que se trata 33. Se sim, quem realiza? _____	tdo __ proftdo __
34. Convocação para atendimento dos contatos: (0) sim (1) não 35. Se sim, conduta adotada: Busca de SR: (0) sim (1) não Baciloscopia: (0) sim (1) não Exame radiológico: (0) sim (1) não Teste tuberculínico: (0) sim (1) não	buscasr __ convcont __ contbacilo __ contraio __ contppd __
36. Isolamento nos primeiros 15 dias: (0) sim (1) não (2) eventualmente, quando: _____	iso15 __
37. Sistema de referência e contrarreferência entre as unidades de saúde: (0) sim (1) não 38. Se sim, ocorre de forma: (0) telefone (1) documento de referência e contrarreferência (2) outra: _____	ref ____ formref ____
39. Busca de SR antes de transferências: (0) sim (1) não	avsrtrans __
40. Os profissionais da unidade prisional recebem capacitações sobre doenças como a TB? (0) sim (1) não	Infsaude __

## APÊNDICE B

**Projeto de pesquisa: “Tuberculose: ações assistenciais e de vigilância em unidades penitenciárias do Rio Grande do Sul (RS)”.**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO TIPO CHECK LIST – Visual e sob orientação do profissional de saúde entrevistado – Instrumentos de vigilância epidemiológica, estrutura física, materiais e dados epidemiológicos de 2014.**

<b>INSTRUMENTOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	
42. Livro de Registro de Sintomático Respiratório (SR): (0) sim (1) não (2) não sabe do que se trata. Se sim, é utilizado? (0) sim (1) não (2) algumas vezes	livrosr __ utilzlivro __
43. Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de Tuberculose (TB): (0) sim (1) não (2) não sabe do que se trata 44. Se sim, é utilizado? (0) sim (1) não (2) algumas vezes	regispac __ utilregispac __
45. Ficha de notificação/investigação de Tuberculose (SINAN): (0) sim (1) não 46. Se sim, é utilizado? (0) sim (1) não (2) algumas vezes	Sinan __ utilsinan __
47. Boletim de acompanhamento de casos de TB: (0) sim (1) não (2) não sabe do que se trata 48. Se sim, é utilizado? (0) sim (1) não (2) algumas vezes	bolet __ utilbolet __
49. Ficha de acompanhamento da tomada diária de medicação: (0) sim (1) não (2) não sabe do que se trata 50. Se sim, é utilizado? (0) sim (1) não (2) algumas vezes	acommed __
51. Existe prontuário de saúde dos presidiários: (0) sim (1) não	pront __
<b>ESTRUTURA FÍSICA</b>	
52. Local específico para coleta de escarro: (0) sim (1) não 53. Se sim, qual local: _____	localespl __ quallocal __
54. Geladeira para acondicionamento de material biológico (exceto geladeira de vacinas): (0) sim (1) não	matbio __
55. Sala para realização de exame radiológico: (0) sim (1) não 56. Se não, onde é realizado?	sraiox __ localraiox __
57. Local para isolamento: (0) sim (1) não	lisolam __
<b>MATERIAIS</b>	
58. Frascos para coleta de escarro: (0) sim (1) não	frascos __
59. Caixas de isopor para transporte: (0) sim (1) não	isopor __
<b>CASOS DIAGNOSTICADOS EM 2014 – AVERIGUAR NOS INSTRUMENTOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	
60. Nº de SR*: __ (0) não registrado no livro	nrs __
61. Nº de casos diagnosticados de TB***: __ (0) não registrado	ndiag __
62. Nº de casos extrapulmonar: __	extrapul __
63. Nº de alta por cura***: __ (0) não registrado	ncura __



64. N° de alta por abandono**:_ _ (0) não registrado	naband _ _
65. N° de alta por óbito**:_ _ (0) não registrado	nobito _ _

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Manuela Filter Allgayer, venho convidar-lhe a participar do projeto “**Tuberculose: ações assistenciais e de vigilância em unidades penitenciárias do Rio Grande do Sul (RS)**”. Esta pesquisa tem como objetivos: Identificar ações e instrumentos de vigilância epidemiológica existentes nas casas penitenciárias; Relacionar as medidas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e as realizadas pelos presídios para o controle da doença; Contribuir para a identificação e reformulação de estratégias de impacto para o controle da doença na População Privada de Liberdade; Conhecer medidas de vigilância, recursos humanos, infra-estrutura, materiais, equipamentos e de atendimento a saúde e o desempenho dos serviços de saúde prisionais relacionados a Tuberculose (TB).

A sua contribuição a essa pesquisa será respondendo a uma entrevista e no acompanhamento de um *Check list* na unidade de saúde penitenciária. Seu nome permanecerá em sigilo. A sua participação contribuirá para pesquisas relacionadas à TB realizadas pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e ao estado gaúcho, onde a capital Porto Alegre é a de maior incidência de casos no país.

Você não terá que fazer nenhum tipo de pagamento para participar desta pesquisa. Sua participação é voluntária, não sendo realizado pagamento por parte da instituição. Você não será identificado quando o material da sua entrevista for utilizado em congressos e/ou publicações científicas.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízos à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador/pesquisador: \_\_\_\_\_

#### **Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)/UNISC**

Contato: (51) 3717-7680

#### **Curso de Graduação em Enfermagem /UNISC**

Pesquisadora responsável: Manuela Filter Allgayer - Contato: (51) 9549-7048

Orientador(a) do projeto: Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Coorientador(a) do projeto: Dra. Lia Gonçalves Possuelo

Santa Cruz do Sul, 09 de abril de 2015.





## ANEXO B – Normas da revista – B2 na área de avaliação da enfermagem

### Escopo e política

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* é um periódico trimestral de caráter científico e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/DGVES/SVS/MS). A sua principal missão é a de difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Além das modalidades de manuscritos aceitos para publicação, a revista divulga Portarias, Regimentos e Resoluções do Ministério da Saúde, bem como Notas Técnicas relativas aos programas de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, consensos, relatórios e recomendações de reuniões ou oficinas de trabalho sobre temas de interesse do SUS. É prevista a republicação de textos originalmente editados por outras fontes de divulgação científica e que sejam considerados pelos editores da revista como relevantes para os serviços de saúde.

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* segue as orientações do documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)), conhecido como Normas de Vancouver.

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* segue os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics ([COPE](#)).

### Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) **Artigo original** – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em Saúde Pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos,

tabelas, figuras e referências).

b) **Artigo de revisão**

b.1) Artigo de revisão sistemática – apresentação de uma síntese de resultados de estudos originais com o objetivo de responder a uma pergunta específica; deve descrever, em detalhes, o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; pode ou não apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise (limite: 4.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

b.2) Artigo de revisão narrativa – análise crítica de material publicado, discussão aprofundada sobre tema relevante para a Saúde Pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

c) **Nota de pesquisa** – relato conciso de resultados finais ou parciais (notas prévias) de pesquisa original, pertinente ao escopo da revista (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

d) **Artigo de opinião** – comentário sucinto sobre temas específicos, expressando a opinião qualificada dos autores (limite: 1.500 palavras);

e) **Debate** – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá críticas/comentários por meio de réplicas assinadas por especialistas, também convidados. (limite: 3.500 palavras para o artigo, 1.500 palavras para cada réplica ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

f) **Relato de experiência** – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a Saúde Pública; deve ser elaborado a convite dos editores (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

g) **Carta** – críticas ou comentários breves sobre temas de interesse dos leitores, geralmente vinculados a artigo publicado na última edição da revista (limite: 400 palavras; sempre que possível, uma resposta dos autores do artigo comentado será publicada junto com a carta (limite: 400 palavras).

Eventualmente, a critério dos editores, serão aceitos outros formatos, a exemplo de **Entrevista** com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras) e **Resenha** de obra contemporânea (limite: 800 palavras).

## **Responsabilidade dos autores**

Os autores são os responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. O manuscrito submetido deve ser acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, em que afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

### **Declaração de Responsabilidade**

Este documento deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito, de acordo com o modelo a seguir:

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à *Epidemiologia e Serviços de Saúde*: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, declaram que:

1. Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido a outro periódico ou outra forma de publicação, seja no formato impresso ou eletrônico;
2. Houve participação efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado;
3. A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores;
4. Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este manuscrito (ou) existem conflitos de interesses dos autores em relação a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever, nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(registrar o local, data e nome; a Declaração de Responsabilidade deve ser assinada por todos os autores do manuscrito).

## **Critérios de autoria**

Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria está fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito

e assumem, publicamente, a responsabilidade por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

A versão original – em inglês – das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>

### **Fontes de financiamento**

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade.

### **Conflito de interesses**

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses – aparentes ou não – capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

### **Ética na pesquisa envolvendo seres humanos**

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção Métodos, fazendo menção ao número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE.

### **Agradecimentos**



Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais, por exemplo: "a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho".

## **Direito de reprodução**

Os manuscritos publicados pela *Epidemiologia e Serviços de Saúde* são de sua propriedade. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida mediante atendimento aos requisitos da Licença Creative Commons do tipo BY-NC. Após a decisão final de "Aceito" do manuscrito para publicação, os autores deverão enviar, em formato PDF, o Termo de Cessão de Direitos assinado por todos os autores, cujo modelo se encontra a seguir.

### **Termo de Cessão de Direitos: modelo**

Declaro que, uma vez aceito o manuscrito (título do manuscrito) e autorizada a sua publicação pela *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, concordo que os respectivos direitos autorais serão de propriedade exclusiva da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Qualquer reprodução de seu conteúdo, total ou parcial, deverá atender aos requisitos da Licença Creative Commons do tipo BY-NC.

(registrar o local, data e nome; o Termo de Cessão de Direitos deve ser assinado por todos os autores do manuscrito).

## **Preparo dos manuscritos para submissão**

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE –, conhecido como Normas de Vancouver, disponível, no idioma inglês, em <http://www.icmje.org> e, em sua tradução para o português, em <http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a02.pdf> (edição

da Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006;15(1):7-34).

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo são relacionados os principais guias; a relação completa encontra-se no *website* da iniciativa EQUATOR network (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>

Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): STROBE statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), disponível em: <http://www.strobe-statement.org/>

Ensaio clínico: CONSORT statement (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>

Revisões sistemáticas: PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

### **Formato dos manuscritos**

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

#### **Folha-de-rosto**

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português e inglês;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem (incluindo departamento), cidade, estado e país;
- e) endereço eletrônico de todos os autores;
- f) endereço completo e endereço eletrônico, números de fax e de telefones do autor correspondente;
- g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa (incluir número de

processo), se pertinente.

### **Resumo**

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

### **Palavras-chave**

Deverão ser selecionadas três a cinco, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

### **Abstract**

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective; Methods; Results; e Conclusion.

### **Key words**

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

### **Resumen**

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusión.

### **Palabras-clave:**

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

### **Texto completo**

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Não deverá conter subitens. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

**Introdução** – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

**Métodos** – deverá conter a descrição do desenho do estudo, a descrição da população estudada, dos métodos empregados,

incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos)

**Resultados** – síntese dos resultados encontrados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

**Discussão** – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para a epidemiologia nos serviços de saúde.

**Agradecimentos** – após a discussão; devem limitar-se ao mínimo indispensável.

**Contribuição dos autores** – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

**Referências** – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico adotado pelas Normas de Vancouver; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: <sup>7,10-16</sup>); devem vir após a seção Contribuição dos autores. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão *et al.* para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

#### *Artigos de periódicos*

1. Lima IP, Mota ELA. Avaliação do impacto de uma intervenção para a melhoria da notificação da causa básica de óbitos no estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2011 set;20(3):297-305.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl

2:74-82.

- Número com suplemento.

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.

- Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol Serv Saude. No prelo 2012.

#### *Livros*

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Capítulos de livros

- Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro.

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

- Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo.

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

#### *Anais de congresso*

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília,

Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142.

- Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19<sup>a</sup> Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7<sup>a</sup> Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

#### *Portarias e Leis*

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

#### *Documentos eletrônicos*

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

#### *Teses e dissertações*

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as mesmas referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

## **Tabelas e figuras**

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas, quadros (estes, classificados e intitulados como figuras), organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em meio eletrônico, preferencialmente, no formato padrão do Microsoft Word; gráficos, mapas, fotografias e demais imagens devem ser apresentados nos formatos EPS, JPG, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor (preto) ou em escala de cinza.

## **Uso de siglas**

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. O uso de siglas ou acrônimos só deve ser empregado quando estes forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua sigla original do inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde).

Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.).

## **Análise e aceitação dos manuscritos**

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, no caso de o estudo envolver seres humanos, assim como seu potencial para publicação e seu interesse para os leitores da revista. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados.

Os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas seguintes etapas:

1) Revisão técnica – realizada pelo Núcleo Editorial. Consiste fundamentalmente da revisão de aspectos de forma e redação científica, para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares.

2) Revisão externa por pares – realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores *ad hoc*), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito e que tenham aceitado realizar sua revisão. Nessa etapa, espera-se que os revisores *ad hoc* avaliem o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores *ad hoc* não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Os revisores *ad hoc* devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo Committee on Publication Ethics (COPE), disponíveis em: [http://publicationethics.org/files/Ethical\\_guidelines\\_for\\_peer\\_reviewers\\_0.pdf](http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf)

3) Revisão pelo Núcleo Editorial – após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa por pares, o núcleo editorial avalia novamente o manuscrito, verificando o atendimento ou a justificativa às sugestões dos revisores *ad hoc*, bem como, quando pertinente, indica aspectos que podem ser aprimorados na apresentação do relato do estudo, assim como questões afeitas a observação de padrões de apresentação adotados para publicação na RESS. Nessa etapa, também é verificado novamente o atendimento às instruções aos autores da revista.

4) Revisão final pelo Comitê Editorial – após o manuscrito ser considerado pré-aprovado para publicação pelo núcleo editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial, com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação, aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação.

Ressalta-se que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

Em todas as etapas do processo editorial, as considerações serão enviadas aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de *e-mail* informado na submissão, assim como para a



observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada dentro do prazo determinado, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito.

Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda for identificada a necessidade de pequenas correções e ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo.

### **Prova de prelo**

Após a aprovação do manuscrito, a prova de prelo será encaminhada ao autor principal por *e-mail*, em formato PDF. Feita a revisão da prova, o autor deverá encaminhar à secretária executiva da revista sua autorização para publicação do manuscrito, no prazo determinado pelo Núcleo Editorial.

Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, os autores devem entrar em contato com a Secretaria da RESS por meio do endereço eletrônico: [revista.svs@saude.gov.br](mailto:revista.svs@saude.gov.br)

### **Endereço para correspondência**

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da  
Epidemiologia em Serviço/SVS/MS  
Epidemiologia e Serviços de Saúde  
SCS, Quadra 4, Bloco A, Ed. Principal, 5º andar, Asa  
Sul, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70304-000  
Telefones: (61) 3213-8387 / 3213-8531  
Telefax: (61) 3213-8404

### **Envio de manuscritos**

A submissão dos manuscritos deverá ser feita via *e-mail*, para o seguinte endereço eletrônico: [submissao.ress@saude.gov.br](mailto:submissao.ress@saude.gov.br). Caso os autores não recebam qualquer comunicação da Secretaria da RESS confirmando a submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico alternativo: [ress.svs@gmail.com](mailto:ress.svs@gmail.com).

Juntamente com o arquivo do manuscrito, os autores devem providenciar o envio da Declaração de Responsabilidade, assinada por todos eles, digitalizada em formato PDF.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores, também especialistas no assunto abordado em seu manuscrito. Eles ainda poderão indicar, opcionalmente, até três revisores especialistas aos quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos

autores.

### **Lista de itens de verificação prévia à submissão**

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo.
2. Folha-de-rosto:
  - a. Modalidade do manuscrito;
  - b. Título do manuscrito, em português e inglês;
  - c. Título resumido, em português;
  - d. Nomes e instituição de afiliação e *e-mail* de cada um dos autores;
  - e. Endereço completo e telefone do autor correspondente;
  - f. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente; e
  - g. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicação do nome da instituição de ensino e do ano de defesa.
3. Resumo em português, *Abstract* em inglês e *Resumen* em espanhol, para todos os tipos de manuscritos, exceto cartas; e, especificamente para artigos originais e notas, respeito ao formato estruturado e discriminado – Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.
4. Palavras-chave/*Key words/Palabras clave*, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde, criados pela Biblioteca Virtual em Saúde e disponíveis em sua página eletrônica.
5. Informação do número de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do número de registro do ensaio clínico, quando pertinente.
6. Parágrafo contendo a contribuição de cada autor.
7. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco, e para notas de pesquisa, não devem exceder o total de três.
8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJ (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas

estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.

9. Anuência das pessoas mencionadas nos Agradecimentos.

10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.

[\[Home\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Instruções aos autores\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

---

© 2015 *Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços / Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde*

SCS, 5º andar, Bloco A, Edifício Principal, Brasília-DF  
CEP: 70304-0000  
+55 61 3213-8387 / +55 61 3213-8531  
Fax: +55 61 3213-8404

e-mail

[revista.svs@saude.gov.br](mailto:revista.svs@saude.gov.br)

