

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE - MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Karine Zenatti Ely

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NA  
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

Santa Cruz do Sul

2019

Karine Zenatti Ely

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NA  
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lia Gonçalves Possuelo

Coorientadora: Profa. Dra. Andréia Rosane de Moura Valim

Santa Cruz do Sul

2019

Karine Zenatti Ely

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NA  
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO RIO GRANDE DO SUL (RS)**

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado; Área de Concentração em Promoção da Saúde; Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

*Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lia Gonçalves Possuelo*  
Professor(a) orientador – UNISC

*Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suzane Beatriz Frantz Krug*  
Professor(a) examinador – UNISC

*Dr<sup>a</sup>. Rarianne Carvalho Peruhype*  
Examinadora Externa – SES/RS

## **AGRADECIMENTOS**

*À Deus, por me ter me dado força e coragem para seguir em frente.*

*À UNISC, que acreditou em mim e me deu a oportunidade de chegar até aqui.*

*À Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em especial a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde que me apoiaram e fizeram parte deste trabalho.*

*À minha família, que teve paciência para entender as ausências e dificuldades com a gestão do tempo. Ao meu marido Carlos, que me fortalece a cada dia, minha filha Betina que me ensina a ser mãe e ao Pedro, que chegou durante o curso de Mestrado e foi o maior companheiro desta dissertação, pois nunca trabalhei sozinha. À minha mãe, minha irmã Gabriela e vó Iris, que sempre torcem por mim. Ao meu pai, que não está mais entre nós, mas que estaria muito orgulhoso neste momento.*

*À minha orientadora Dra. Lia Gonçalves Possuelo, pelos ensinamentos, parceria e relação construída para além do Mestrado. Que possamos ser amigas para vida toda!!!!*

*À minha coorientadora Dra. Andréia Rosane de Moura Valim que sempre me incentivou e me presenteou com palavras de carinho.*

*À Renata Dotta, que participou da idealização e execução do projeto.*

*Às Equipes de Atenção Básica Prisional que participaram da pesquisa.*

*A todos vocês, minha gratidão!*

*Dedico esta dissertação à minha família,  
especialmente ao meu filho Pedro  
Eduardo Dias, que escolheu este  
momento para nos presentear com a sua  
chegada!!!*

## RESUMO

A prevalência das doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade (PPL) do Rio Grande do Sul é pouco conhecida, da mesma forma que as ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) referentes ao diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose, HIV, sífilis e hepatites virais. O objetivo geral desta dissertação foi realizar o diagnóstico situacional referente à prevenção, identificação e acompanhamento das principais doenças infectocontagiosas que acometem a População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul. **Artigo I: SÍFILIS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: uma revisão integrativa da literatura - Justificativa e Objetivos:** A População Privada de Liberdade apresenta maior vulnerabilidade para doenças infectocontagiosas, entre elas, a sífilis. A magnitude do problema é desconhecida devido à limitação de dados e estudos sobre a temática. O objetivo desta pesquisa é sistematizar o conhecimento produzido sobre sífilis relacionada à saúde prisional nos últimos 5 anos. **Conteúdo:** Esta revisão integrativa utilizou-se dos DeCS (descritores em saúde): “sífilis”, “prisões” e “prisioneiros” e os seus equivalentes na língua inglesa “syphilis”, “prisons” e “prisoners” combinados entre si e coletados no mês de setembro de 2018 nas bases de dados LILACS, Scielo e Medline (PubMed). Os artigos duplicados foram excluídos. Após leitura e análise criteriosa foram excluídos aqueles que não abordam a temática sífilis no contexto prisional e artigos que não apresentavam resultados. Foram selecionados 16 artigos que abordaram a temática: estudos desenvolvidos com presos do sistema fechado, estudos realizados com presos prestes a serem libertados e egressos do sistema prisional, estudos desenvolvidos com mulheres e artigos de revisão. **Conclusão:** Altas prevalências de sífilis no contexto prisional estão associadas aos comportamentos de risco e são encontradas na América Latina e Ásia Central, nas mulheres, nos presos prestes a serem libertados, egressos do sistema penal e imigrantes presos na Europa. **Artigo II: DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica Prisional** - Com o objetivo de levantar dados sobre ações de diagnóstico bacteriológico de tuberculose pulmonar na população privada de liberdade foi enviado um questionário eletrônico para 29 instituições penais do Rio Grande do Sul. O questionário foi respondido por Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) de 22 (75,86%) instituições. Baciloscopia de escarro foram realizadas por 18 (81,8%) EABp, cultura de escarro por 16 (72,7%) EABp, testes de sensibilidade por 10 (5,5%) EABp e testes rápidos moleculares por 3

(13,6%) EABp. Os resultados apresentam fragilidade nas ações de diagnóstico bacteriológico de tuberculose desenvolvidas pelas EABp refletindo a necessidade de capacitação das mesmas. **Artigo III: DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM PRISIONEIROS DO SUL DO BRASIL - Objetivos:** O objetivo desta pesquisa é identificar a prevalência de tuberculose, sífilis, HIV/Aids, hepatite B e hepatite C e o acesso aos exames diagnósticos e tratamento nas instituições penais do extremo sul do Brasil que são atendidas por EABp. **Metodologia:** Estudo transversal utilizando formulário eletrônico da Plataforma *LimeSurvey*, enviado por e-mail para as 29 instituições penais com Equipes de Atenção Básica Prisional implantadas no Rio Grande do Sul. **Resultados:** Responderam o questionário 23 (79,3%) Equipes de Atenção Básica Prisional. Este estudo encontrou prevalência de 3.018 casos/100 mil habitantes de Tuberculose, 4.578 casos/100 mil habitantes de HIV, 9.759 casos/100 mil habitantes de sífilis, 291 casos/100 mil habitantes de Hepatite B e 2.570 casos/100 mil habitantes de Hepatite C. **Limitações (se aplicável):** Muitas equipes não dispõem de registro de dados sobre doenças infecciosas. Demora para retorno dos questionários, questionários incompletos e não respondidos configuram as limitações do estudo. **Implicações práticas (se aplicável):** O controle das doenças infectocontagiosas na população privada de liberdade permite o controle da transmissão extramuros e proteção da população geral. **Implicações sociais (se aplicável):** A saúde no sistema penal é responsabilidade do Estado, conhecer esta realidade permite ações baseadas em evidências. **Originalidade:** Este artigo apresenta um diagnóstico situacional referente às doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade no sul do Brasil. Estas informações não estão disponíveis nos sistemas de informação oficiais. **Artigo IV: ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL NO CONTROLE DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM PRISIONEIROS NO SUL DO BRASIL -** Com o objetivo de analisar as ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica Prisional para o controle das doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul, foi desenvolvido um estudo transversal. A metodologia incluiu um questionário on-line enviado por e-mail para as 29 instituições penais com Equipes de Atenção Básica Prisional, com informações sobre o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. O questionário foi respondido por 23 (79,3%) equipes e analisado por tipo de equipe. As Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I atendem o menor número de presos e desenvolvem poucas ações de controle de doenças infectocontagiosas na PPL. As Equipes de Atenção Básica Prisional tipo II atendem 88,89% da PPL contemplada com Unidades de

Saúde Prisional, suas ações têm impacto maior devido à população atendida por estas equipes. As Equipes de Atenção Básica Prisional tipo III são em menor número, porém cada equipe atende um número maior de presos. Estas equipes permanecerem maior tempo na Unidade de Saúde Prisional e apresentam ações mais efetivas de controle das doenças infectocontagiosas. As ações de controle das doenças infectocontagiosas na PPL devem ser avaliadas por tipo de equipe, levando em consideração o seu contexto. Considerando os artigos apresentados e as informações prestadas pelas Equipes de Atenção Básica Prisionais foi possível a realização do diagnóstico situacional referente às prevalências das doenças infectocontagiosas que mais atingem a população privada de liberdade: tuberculose, HIV, sífilis e hepatites virais. Identificou-se diferenças nas ações realizadas pelos diversos tipos de equipe, suas potencialidades e fragilidades, no que se refere ao diagnóstico, tratamento e prevenção destas doenças.

**Palavras chave:** Atenção Primária em Saúde; Estudos transversais; Doenças infecciosas; Prisões.



## ABSTRACT

The prevalence of infectious diseases in the Private Population of Freedom (PPL) of Rio Grande do Sul is little known, as are the actions developed by the Prison Basic Attention Teams (EABp) regarding the diagnosis, treatment and prevention of tuberculosis, HIV, syphilis and viral hepatitis. The general objective of this dissertation was to carry out the situational diagnosis related to the prevention, identification and follow-up of the main infectious diseases that affect the Population Deprived of Freedom of Rio Grande do Sul.

**Article I: SYPHILIS IN THE POPULATION DEPRIVED OF LIBERTY: an integrative review of the literature - Justificative and Objectives:**

The Population Deprived of Liberty (PPL) is more vulnerable to infectious diseases, including syphilis. The magnitude of the problem is unknown, due to limited data and studies on the subject. The objective of this research is to systematize the knowledge produced about syphilis related to prison health in the last 5 years. **Content:** This integrative review utilized the DeCS (health descriptors): syphilis, prisons and prisoners and their English equivalents syphilis, prisons and prisoners combined and collected in the month of September 2018 in the LILACS, Scielo and Medline (PubMed) databases. Duplicate articles were deleted. After reading and careful analysis were excluded those who do not approach syphilis in the prison context and articles that did not present results. We selected 16 articles that dealt with the theme: studies developed with inmates of the closed system, studies carried out with prisoners about to be released and prison inmates, studies with women and articles of revision. **Conclusion:** High prevalence of syphilis in the prison context is associated with risk behaviors and is found in Latin America and Central Asia, women, prisoners about to be released and prisoners of the penal system and immigrants imprisoned in Europe.

**Article II: BACTERIOLOGICAL DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS IN THE PRIVATE POPULATION OF FREEDOM: actions developed by the Prison Basic Attention Teams -**

In order to collect data on bacteriological diagnosis of pulmonary tuberculosis in the population deprived of freedom, an electronic questionnaire was sent to 29 criminal institutions in Rio Grande do Sul. The questionnaire was answered by Prison Basic Attention Teams (EABp) of 22 (75.86%) institutions. Sputum smear microscopy was performed by 18 (81.8%) EABp, sputum culture by 16 (72.7%) EABp, sensitivity tests by 10 (5.5%) EABp and rapid molecular tests by 3 (13.6 %) EABp. The results show fragility in the actions of bacteriological diagnosis of tuberculosis developed by the EABp, reflecting the need for

capacity building. **Article III: Infectious diseases in prisoners in southern Brazil -**

**Objectives:** The objective of this research is to identify the prevalence of tuberculosis, syphilis, HIV / AIDS, hepatitis B and hepatitis C, and access to diagnostic and treatment exams in the penal institutions of the extreme south of Brazil. **Methodology:** Cross-sectional study using electronic form of the LimeSurvey Platform, sent by e-mail to the 29 criminal institutions with Prison Basic Attention Teams located in Rio Grande do Sul. **Results:** The questionnaire answered 23 (79.3%) Prison Basic Attention Teams. This study found a prevalence of 3,018 cases / 100 thousand inhabitants of Tuberculosis, 4,578 cases / 100 thousand inhabitants of HIV, 9,759 cases / 100 thousand inhabitants of syphilis, 291 cases / 100 thousand inhabitants of Hepatitis B and 2,570 cases / 100 thousand inhabitants of Hepatitis C. **Limitations (if applicable):** Many teams lack records of infectious disease data. Delay for return of the questionnaires, incomplete and unanswered questionnaires configure the limitations of the study. **Practical implications (if applicable):** The control of infectious diseases in the population deprived of freedom allows the control of transmission outside the walls and protection of the general population. **Social implications (if applicable):** Health in the penal system is the responsibility of the State, knowing this reality allows actions based on evidence. **Originality:** This article presents a situational diagnosis related to infectious diseases in the Private Population of Freedom in southern Brazil. This information is not available in the official information systems. **Article IV: ANALYSIS OF THE**

**ACTIVITIES DEVELOPED BY PRISONAL BASIC ATTENTION TEAMS IN THE CONTROL OF INFECTOCONTAGIOUS DISEASES IN PRISONERS IN SOUTH OF**

**BRAZIL -** With the objective of analyzing the actions developed by the Prison Basic Attention Teams for the control of infectious diseases in the Population Deprived of Liberty of Rio Grande do Sul, a cross-sectional study was developed. The methodology included an online questionnaire sent by e-mail to the 29 criminal institutions with Prison Basic Care Teams, with information on the diagnosis, treatment and follow-up of tuberculosis, HIV, syphilis, hepatitis B and hepatitis C. questionnaire was answered by 23 (79.3%) teams and analyzed by team type. The Prison Type I Primary Care Teams serve the fewest prisoners and develop few actions to control infectious diseases in PPL. The Prison Type II Primary Care Teams receive 88.89% of the PPL, which includes Prison Health Units, and their actions have a greater impact due to the population served by these teams. The Prison Basic Attention Teams type III are smaller, but each team serves a larger number of inmates. These teams spend more time in the Prison Health Unit and present more effective actions to control infectious diseases. The actions of control of the infectocontagiosas diseases in the PPL must

be evaluated by type of team, taking into account its context. Considering the articles presented and the information provided by Prison Primary Care Teams, it was possible to carry out the situational diagnosis related to the prevalence of infectious diseases that most affect the prison population: tuberculosis, HIV, syphilis and viral hepatitis. Differences were identified in the actions performed by the different types of team, their potentialities and weaknesses, regarding the diagnosis, treatment and prevention of these diseases.

**Keywords:** Primary Health Care; Cross-sectional studies; Communicable diseases; Prisons.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### CAPÍTULO I

<b>Figura 1 – Taxa de detecção de AIDS segundo UF e capital de residência, 2017.....</b>	<b>27</b>
<b>Figura 2 – Países com alta carga de Tuberculose e suas áreas de sobreposição.....</b>	<b>29</b>
<b>Figura 3 – Taxa de detecção de Hepatite B segundo região de residência e ano de notificação, Brasil, 2002 a 2015.....</b>	<b>32</b>
<b>Figura 4 – Taxa de detecção de Hepatite C segundo região de residência e ano de notificação, Brasil, 2002 a 2015.....</b>	<b>34</b>
<b>Artigo I</b>	
<b>Figura 1 – Seleção de artigos para análise.....</b>	<b>43</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Anti-HCV	Marcador de triagem para hepatite C
APS	Atenção Primária em Saúde
CDP	Centro de Detenção Preventivo
CD4	Linfócitos com <i>Cluster of differentiation 4</i>
CD8	Linfócitos com <i>Cluster of differentiation 8</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional das Equipes de Saúde
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCS	Descritores em Saúde
EABp	Equipes de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional
EABp-I	Equipes de Atenção Básica Prisional Tipo I
EABp-II	Equipes de Atenção Básica Prisional Tipo II
EABp-III	Equipes de Atenção Básica Prisional Tipo III
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
HCV	Vírus da Hepatite C
HBcAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HBV	Vírus da Hepatite B
HBSAg	Antígeno de superfície do Vírus da Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV-1	Vírus Linfotrópico da Célula T Humana do Tipo 1
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LEP	Lei de Execução Penal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PE	Pernambuco
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PI	Piauí
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	População Privada de Liberdade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SR	Sintomático Respiratório
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários
TARV	Terapia antirretroviral

TB	Tuberculose
TB/HIV	Coinfecção Tuberculose e HIV
TB MDR	Tuberculose Multirresistente
TUDO	Tratamento Diretamente Observado
TR	Testes Rápidos
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	17
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2. A SAÚDE PRISIONAL E AS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS</b> .....	21
2.1 O Sistema Prisional Brasileiro e a SUSEPE.....	21
2.2 Saúde Prisional no Rio Grande do Sul e influência no cenário nacional.....	22
2.3 Doenças infectocontagiosas e a população privada de liberdade.....	25
2.3.1 HIV/AIDS e a população privada de liberdade.....	26
2.3.2 Tuberculose e a população privada de liberdade.....	28
2.3.3 Sífilis e população privada de liberdade.....	30
2.3.4 Hepatites Virais e população privada de liberdade.....	32
2.4 Diagnóstico Situacional.....	35
2.5 Monitoramento e Avaliação na Saúde Prisional.....	36
2.6 Questionários <i>on-line</i> .....	37
2.7 Compreensão interdisciplinar do objeto de estudo.....	37
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	39
3.1 Objetivo geral.....	39
3.2 Objetivos específicos.....	39
<b>CAPÍTULO II – ARTIGOS</b> .....	40
<b>1 Artigo I – SÍFILIS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	41
<b>2 Artigo II – DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL</b> .....	50
<b>3 Artigo III – DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM PRISIONEIROS NO SUL DO BRASIL</b> .....	52
<b>4 Artigo IV – ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL NO CONTROLE DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM PRISIONEIROS NO SUL DO BRASIL</b> .....	54
<b>CAPÍTULO III – CONCLUSÕES GERAIS</b> .....	55
<b>CAPÍTULO IV – NOTA À IMPRENSA</b> .....	57
<b>CAPÍTULO V – RELATÓRIO DE CAMPO</b> .....	59
<b>CAPÍTULO VI – PERSPECTIVAS</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	65
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A – Delegacias Regionais e Casas Especiais do Rio Grande do Sul com capacidade e população em Março/2017.....	75
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A – Modalidades de EABp.....	77
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	80

ANEXO D – Normas da Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção.....	83
ANEXO E – Normas do Jornal Brasileiro de Epidemiologia.....	95
ANEXO F – Normas do International Journal of Prisoners Health.....	103
ANEXO G – Normas da Physis: Revista de Saúde Coletiva.....	114
ANEXO H – Questionário <i>on-line</i> .....	120
ANEXO I – Capítulo de livro publicado pela Organização Mundial da Saúde.....	128



## **APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação de mestrado, elaborada pela Enfermeira Karine Zenatti Ely e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) é composta por 5 capítulos que englobam as seguintes seções:

Capítulo I – Este capítulo inclui a introdução, marco teórico (A saúde prisional e as doenças infectocontagiosas) e objetivos (geral e específicos).

Capítulo II – Compreende os artigos I, II, III e IV. O Artigo I é uma Revisão Integrativa da Literatura que sistematiza o conhecimento produzido sobre sífilis, relacionada à saúde prisional nos últimos 5 anos. O Artigo II é uma Comunicação Breve que dispõe sobre as ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica Prisional no controle e diagnóstico da Tuberculose na PPL. O Artigo III apresenta as prevalências das principais doenças infectocontagiosas que acometem a PPL do Rio Grande do Sul. O Artigo IV mostra uma avaliação das ações desenvolvidas por tipo de Equipe de Atenção Básica Prisional no controle da tuberculose, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C.

Capítulo III – Mostra as conclusões gerais da pesquisa realizada.

Capítulo IV – Traz a nota à imprensa, uma reportagem jornalística divulgando para sociedade uma síntese da pesquisa e os principais resultados.

Capítulo V – Dispõe sobre o relatório de campo, as dificuldades encontradas durante a pesquisa, as parcerias desenvolvidas, o reconhecimento da Organização Mundial da Saúde e as perspectivas de novos trabalhos.

## **CAPÍTULO I**

## 1 INTRODUÇÃO

A População Privada de Liberdade (PPL) no Rio Grande do Sul (RS) constituiu-se de 33868 pessoas em 2016, ocupando a 7ª posição em número de presos no cenário nacional, com taxa de aprisionamento de 300,1 presos/100 mil habitantes (BRASIL, 2016f). O RS apresentou crescimento de 79% no número absoluto de presos entre 2002 e 2014, atingindo 5% da população carcerária do país (ORNELL et al., 2016). Em 2018, a PPL somou 40.130 detentos, sendo 38.099 (94,94%) homens e 2.031 (5,06%) mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O encarceramento dificulta acesso aos serviços de saúde e a vulnerabilidade da PPL é agravada pela superlotação, exposição à violência, falta de iluminação e ventilação, excesso de frio ou calor, higiene pessoal insatisfatória, alimentação insuficiente e falta de água potável (BRASIL, 2014a), além de barreiras pela discriminação e entraves tecnicistas e burocráticos (BARSAGLINI; KEHRING; ARRUDA, 2015). Os agravos mais frequentes são a tuberculose (TB), hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (RIO GRANDE DO SUL, 2016a; RIO GRANDE DO SUL, 2016b; BRASIL, 2014b).

A saúde no sistema prisional nem sempre foi de acesso universal. A saúde para presos e condenados tornou-se lei em 1984, com a Lei de Execuções Penais (LEP), na qual a responsabilidade pela saúde dos detentos era exclusivamente do Ministério da Justiça. Em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) preconizou acesso à saúde da PPL dentro do sistema prisional, através do Sistema Único de Saúde (SUS), porém incluía apenas os condenados. Somente em 2014, a Política Nacional de atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) ampliou o acesso à saúde da PPL, incluindo todas as pessoas custodiadas pelo Estado, independente de condenação ou regime da pena (LERMEN et al., 2015; RIO GRANDE DO SUL, 2016a).

O Rio Grande do Sul instituiu, em 2011, a Política Estadual de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional, seguindo as diretrizes nacionais e apresentando regulamentações estaduais: Portaria Interministerial MS/MJ nº 01/2014 e Portaria GM/MS nº 482/2014 em nível nacional; e Resoluções CIB/RS nº 257/2011 e 453/2011 em nível estadual (BRASIL, 2014c; BRASIL, 2014d; RIO GRANDE DO SUL, 2011a; RIO GRANDE DO SUL, 2011b).

O aporte financeiro proposto pelas portarias e resoluções viabilizaram as Equipes de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional (EABp) como integrante da rede de atenção à

saúde no nível municipal do SUS, no qual o RS é considerado pioneiro no Brasil no processo de municipalização e cofinanciamento na saúde prisional (RIO GRANDE DO SUL, 2016a). As equipes prisionais são constituídas de forma multidisciplinar e realizam ações integrais de saúde, com foco na prevenção, diagnóstico e tratamento das principais doenças encontradas na PPL (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

As EABp e as Estratégias de Saúde da Família (ESF) inseridas no território prisional do RS somam atualmente 43 equipes, distribuídas em 30 Instituições Penais, em 26 municípios gaúchos, que configuravam aproximadamente 70% de cobertura de atenção básica à população prisional do estado em 2016 (RIO GRANDE DO SUL, 2016a; BRASIL, 2017f).

Apesar do incremento financeiro e estrutural, o diagnóstico da situação de saúde da população prisional, o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde não sofreram grandes modificações (ORNELL et al., 2016). Em relação às doenças e agravos transmissíveis, a TB é a única doença de notificação compulsória com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde com recorte para PPL (BRASIL, 2017b). Os dados sociodemográficos são monitorados pela Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) e dados sobre infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) estão disponíveis apenas no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN). Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) estão subestimados. Os demais dados encontrados acabam sendo adjacentes de notícias e não de estudos científicos (ORNELL et al., 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, o monitoramento e avaliação da PNAISP é realizado por meio do cadastro dos profissionais e das equipes no Cadastro Nacional das Equipes de Saúde (CNES) e pela alimentação do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). A PNAISP também prevê a constituição de um grupo condutor formado pelas secretarias municipais de saúde, secretaria de justiça, pela administração prisional e pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do respectivo estado. O grupo condutor também participa do processo de monitoramento e avaliação da política de saúde prisional nos estados e municípios, além de participar da gestão e da implementação de novas ações de saúde (BRASIL, 2014c). O RS possui um Grupo Condutor de Controle da Tuberculose no Sistema Prisional, formado exclusivamente por profissionais da saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016a).

Este projeto se justifica devido à carência de dados epidemiológicos e estudos científicos que possibilite conclusões mais específicas sobre a situação de saúde na PPL e na falta de um processo de monitoramento e avaliação que produza informações de saúde com

foco nesta população. Estas informações são extremamente relevantes para o planejamento das ações em saúde e tomada de decisão que assegure cuidado integral e equânime.

Desta forma, estabelece-se a seguinte **questão norteadora**: qual o diagnóstico situacional referente à prevenção, identificação e acompanhamento das principais doenças infectocontagiosas que acometem a PPL do Rio Grande do Sul?

## **2 A SAÚDE PRISIONAL E AS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS**

### **2.1 O Sistema Prisional Brasileiro e a SUSEPE**

As primeiras prisões datam de 1700 a.C., quando a desobediência e desrespeito aos reis e faraós, além de dívidas, levavam ao aprisionamento de escravos em masmorras ou torres. Prisioneiros de guerra e estrangeiros eram torturados e executados. O modelo das prisões foi criado pela Igreja para combater divergências religiosas, sem objetivos de reintegração ou reinserção social. Em 1830, o Código Criminal individualizou as penas, porém manteve a base religiosa e o caráter vingativo (CASTRO, 2017).

Em 1984 é publicada a LEP, com objetivos de “efetivar as disposições de sentenças ou decisão criminal e proporcionar condições para harmônica integração social do condenado e do internado”. Trata das garantias e deveres, além dos regimes de pena existentes. Os condenados deveriam ser “classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal” (BRASIL, 1984, art. 1º e 5º).

Em 10 anos, o número absoluto de presos no país dobrou, chegando a 726712 em 2016, taxa de aprisionamento de 352,6/100 mil habitantes, terceira posição em número absoluto no mundo e aumento aproximado da população carcerária de 7% ao ano. Os países que aprisionam mais são Estados Unidos e China, porém estes vêm apresentando queda nas taxas de encarceramento (BRASIL, 2016f; ICPS, 2014). Nos Estados Unidos, o encarceramento em massa produz desigualdades sociais, afetando intensamente a população negra, com impactos negativos para saúde das esposas e filhos dos presos (WILDEMAN et al., 2017). Em 2001, morria em média um preso por semana na Califórnia por negligência do serviço de saúde (VANJANI, 2017). Entre 2006 e 2007, foram 1919 óbitos ocorridos nos presídios brasileiros (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011).

Atualmente, o Sistema Prisional Brasileiro encontra-se em crise. A superlotação, elevado índice de reincidência e guerra entre facções criminosas são algumas fragilidades que se somam às vulnerabilidades de saúde (MINAYO; RIBEIRO, 2016). Políticas equivocadas levam presos provisórios e condenados a dividir o mesmo espaço físico (VIANA, 2012). Dados do INFOPEN mostram que 118447 pessoas estão presas sem julgamento, o que representa 32% da população carcerária do país (BRASIL, 2014f).

Quatro Penitenciárias Federais, localizadas em Catanduvas/PR, Campo Grande/MS, Mossoró/RN e Porto Velho/RO, com 208 vagas cada, tem a finalidade de isolar lideranças do crime organizado e custodiar presos de alta periculosidade. Os estados e o Distrito Federal

arcam com maior ônus no sistema prisional brasileiro (BRASIL, 2017f). No RS, a SUSEPE, subordinada à Secretaria de Segurança Pública (SSP), “é o órgão estadual responsável pela execução administrativa das penas privativas de liberdade, medidas de segurança e estabelecimentos penais” (RIO GRANDE DO SUL, 2018, p. 1).

Os estabelecimentos penais podem ser: Penitenciárias, Colônias Agrícolas, Casa do Albergado, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Cadeia Pública. Os regimes fechado, semiaberto e aberto são cumpridos respectivamente nas Penitenciárias, Colônias Agrícolas e Casa do Albergado. O Hospital de Custódia acolhe as medidas de segurança e a Cadeia Pública tem o objetivo de receber os presos provisórios. Pela LEP, deveriam existir, ainda, Centros de Observação para exames gerais e criminológicos (BRASIL, 1984).

O Sistema Prisional também apresenta problemas de gestão, que segundo o Ministério da Justiça poderiam ser minimizados pela redução do déficit de vagas, políticas de reintegração e modernização, incluindo penas alternativas, monitoração eletrônica, prevenção à reincidência e investimento em gestão da informação (BRASIL, 2016f).

## **2.2 Saúde Prisional no Rio Grande do Sul e influência no cenário nacional**

A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), conhecida como Constituição Cidadã, trouxe consideráveis avanços para a população brasileira. Porém, em relação aos direitos constitucionais de saúde da PPL, este avanço foi pouco significativo (FREITAS et al., 2016; ORNELL et al., 2016). A saúde como direito universal, com igualdade e equidade de acesso e como dever das três esferas de governo, está prevista nas Leis nº 8080/90 e 8192/90, que regulamentam o SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Antes da publicação do PNSSP, em 2003, o Ministério da Justiça era o único responsável pelos serviços de saúde nas prisões (RIO GRANDE DO SUL, 2016a). O PNSSP regulamentou o acesso à saúde no SUS da PPL e preconizou “equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão carga horária de 20 horas semanais” (BRASIL, 2005, p. 27). Para Lermen et al. (2015), foram originadas novas concepções de saúde no sistema prisional, agregando integralidade da atenção e equipes multiprofissionais.

O PNSSP determina que cada equipe de saúde prisional seja responsável pelo quantitativo de 100 a 500 presos; nas unidades com menos de 100 presos, o atendimento seria de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde do território (BRASIL, 2005). O PNSSP, contudo, promove a garantia do cuidado em saúde somente às pessoas privadas de liberdade

que estivessem em penitenciárias, colônias agrícolas e hospitais de custódia e tratamento; o que não assegurava o mesmo direito às pessoas que cumpriam pena em regime aberto ou provisório, recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais (LERMEN et al., 2015).

No Rio Grande do Sul, os primeiros 5 anos do PNSSP não trouxeram avanços significativos. Em 2006, foi criado “Incentivo Financeiro Estadual complementar ao Incentivo Federal, para a implementação, na adesão de municípios, de Equipes Municipais de Saúde Prisional nas unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas” (RIO GRANDE DO SUL, 2006, art. 1º). O incentivo federal de R\$ 40.008,00/ano por equipe, em estabelecimentos com mais de 100 presos, e R\$ 20.004,00/ano por equipe em estabelecimento com menos de 100 presos (BRASIL, 2003), foi complementado por recurso financeiro estadual de R\$ 4.000,00/mês por equipe completa, implantada em estabelecimento prisional com mais de 100 presos (RIO GRANDE DO SUL, 2006; DOTTA-PANICHI, 2014).

Em 2008, foram implantadas as primeiras equipes de Saúde Prisional no Rio Grande do Sul: Penitenciária Estadual do Jacuí/Charqueadas, Penitenciária Estadual de Charqueadas e Penitenciária Modulada de Charqueadas com 1 EABp cada; Presídio Estadual de Santa Vitória do Palmar, com 1 equipe de ESF e Penitenciária Modulada de Montenegro com 1 EABp. Em 2009, com habilitação de 3 EABp no Presídio Estadual de São Luís Gonzaga, Presídio Estadual de Santa Rosa e Penitenciária Modulada Estadual de Osório, finalizando aquele ano com 8 equipes de saúde prisional em atividade (RIO GRANDE DO SUL, 2016a).

Em 2010, o incentivo estadual aos municípios aumentou para R\$ 6.666,00/mês por equipe (RIO GRANDE DO SUL, 2010). Para Ornell et al. (2016), este aumento reorientou o modelo de atenção, descentralizando a gestão do cuidado. As equipes habilitadas passaram a receber de R\$ 8.200,00 a R\$ 14.220,00 e o critério populacional possibilitou acréscimo de R\$ 2,78 por preso/mês (RIO GRANDE DO SUL, 2011a). O ano de 2011 finalizou com 15 equipes de saúde prisional, com 7 novas EABp: Presídio Central de Porto Alegre com 2 equipes, Penitenciária Feminina Madre Palletier, Penitenciária Modulada de Charqueadas (Equipe II), Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas, Penitenciária Estadual do Jacuí (Equipe II) e Penitenciária Estadual de Três Passos (RIO GRANDE DO SUL, 2016a).

Em 2011, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fortalecendo a Atenção Básica como “principal porta de entrada” do SUS (BRASIL, 2012a, p.9). A PNAB e a PNAISP responsabilizam a gestão municipal pela organização e coordenação do cuidado, com autonomia para gerir os recursos territoriais, garantindo acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011a; RIO GRANDE DO SUL, 2016a). “A PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de atenção à Saúde (RAS)



do SUS”, na qual as EABp são qualificadas como “porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede” (BRASIL, 2014a, p.1)

Obedecendo às novas configurações, ocorreram 5 adesões em 2012, sendo 4 novas EABp, na Penitenciária Feminina de Guaíba, no Presídio Regional de Pelotas, na Penitenciária Regional de Santa Cruz e na Penitenciária Modulada de Ijuí; e 1 equipe de ESF, no Presídio Estadual de Santo Cristo. Em 2013, foram 4 novas EABp habilitadas: Equipe II na Penitenciária Modulada de Osório, 1 equipe na Penitenciária de Venâncio Aires e 2 equipes na Penitenciária Estadual de Rio Grande (RIO GRANDE DO SUL, 2016a).

A municipalização e o cofinanciamento de EABp tornou o Rio Grande do Sul pioneiro no Brasil e inspirou a PNAISP, com reconhecimento do Ministério da Saúde e da Justiça (RIO GRANDE DO SUL, 2016a; BRASIL, 2014b). Novas portarias estabeleceram critérios mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional e definiram normas para sua operacionalização e financiamento (BRASIL, 2014c; BRASIL, 2014d).

O PNAISP assegura o acesso e o cuidado integral em saúde, proporcionando atenção universal para todas as pessoas no sistema prisional, não somente para os condenados (FREITAS et al., 2016). As unidades de saúde prisional devem ofertar os serviços de atenção básica, nas modalidades EABp Tipo I, Tipo II e Tipo III (Anexo A) (BRASIL, 2014b).

Com o lançamento da PNAISP e os novos investimentos, as equipes de saúde prisionais passaram de 24 para 34 no ano de 2014, sendo 7 novas EABp nas seguintes instituições penais: Penitenciária Estadual de Guaporé, Presídio Central de Porto Alegre (Equipe III), Penitenciária de Canoas, Presídio Estadual de São Gabriel, Presídio Estadual de Cruz Alta, Presídio Estadual de Erechim e Penitenciária Modulada de Montenegro (Equipe II); e 3 novas equipes de ESF: Presídio Estadual de São Vicente do Sul, Presídio Estadual de Cacequi e Presídio Estadual de Iraí (RIO GRANDE DO SUL, 2016a). Neste período, a cobertura da atenção básica atingiu 56% da população prisional (ORNELL et al., 2016).

Em 2015, foram habilitadas 2 EABp, na Penitenciária de Caxias do Sul e no Presídio Estadual de Lajeado (RIO GRANDE DO SUL, 2016a). Em 2017, foram 7 novas EABp: Penitenciária Estadual de Canoas (Equipe II), Penitenciária Estadual do Jacuí (Equipes III e IV), Presídio Estadual de São Luiz Gonzaga (Equipe II), Penitenciária Regional de Caxias do Sul (Equipe II), Presídio Estadual de Lajeado (Equipe II) e Presídio Estadual de Sobradinho (BRASIL, 2017f). A ampliação da cobertura de atenção básica no sistema prisional superou a meta de 70% pactuada no Plano Estadual de Saúde RS 2012/2015. Atualmente, o território gaúcho dispõe de 43 equipes de saúde prisionais, distribuídas em 30 instituições penais

contemplando 26 municípios, que ampliaram o acesso ao serviço de saúde no sistema prisional (RIO GRANDE DO SUL, 2016a; ORNELL et al., 2016; BRASIL, 2017f).

### **2.3 Doenças infectocontagiosas e a população privada de liberdade**

O Ministério da Saúde objetiva consolidar uma lógica de prevenção de doenças e promoção da saúde, com ênfase nas doenças infectocontagiosas como HIV/AIDS e tuberculose (BRASIL, 2014b). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima 357 milhões de novos casos de ISTs por ano, que representam risco aumentado de contaminação por HIV (BRASIL, 2016b, RUBENSTEIN et al., 2016). A incidência de ISTs pode ser reduzida por aconselhamento e informações sobre sexo seguro na Atenção Primária em Saúde (APS) (O'CONNOR et al., 2014).

O Plano Estadual de Saúde RS 2012/2015 estimava prevalência e incidência de HIV, tuberculose, hepatites virais e ISTs significativamente maiores na PPL quando comparados à população geral (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Esta situação é observada mundialmente (KAMARULZAMAN et al., 2016; RICH et al., 2016) e evidencia a fragilidade do controle epidemiológico desta população, acentuada pela dificuldade de acompanhamento de indicadores de saúde e ausência de sistemas de informação. A implantação das equipes de saúde prisionais, o rastreamento e diagnóstico por testes rápidos aumentaram as notificações de doenças infectocontagiosas na PPL (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Testes Rápidos (TR) são dispositivos descartáveis, de fácil execução, leitura simples, que podem ser realizados sem estrutura laboratorial, apresentam resultado em até 30 minutos, permitindo seguimento imediato (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016b). Devem ser realizados por profissionais capacitados, com aconselhamento pré e pós-teste, utilizando amostra de sangue total, usualmente de polpa digital, mas também podem ser utilizados soro, plasma ou fluido oral. Atualmente, o Ministério da Saúde distribui testes rápidos que utilizam sangue total, para diagnóstico de HIV e para triagem de sífilis, hepatite B e C. Os testes rápidos passam por controle de qualidade e representam segurança para o paciente e o profissional, com níveis de acurácia, sensibilidade e especificidade avaliados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013b, WHO 2015c).

Para efetivar a PNAISP seria necessária a implantação do monitoramento das doenças infectocontagiosas na porta de entrada do sistema prisional, com medidas primárias de intervenção e o rastreamento de pessoas com alto risco de uso de substâncias psicoativas. No

sudeste do Irã, drogas eram consumidas por 75,3% da PPL, com alto custo com saúde e danos sociais às comunidades (KHALOOEI et al., 2016).

### **2.3.1 HIV/AIDS e a população privada de liberdade**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada pelo vírus HIV, envolve diversas fases, cuja duração depende da Carga Viral e resposta imunológica individual. Na infecção aguda, até a terceira semana após o contágio, ocorrem sinais e sintomas inespecíficos. A infecção assintomática pode se desenvolver por anos até o aparecimento de eventos que definem a AIDS: profunda imunossupressão, infecções oportunistas como tuberculose, neurotoxoplasmose e neurocriptococose, e neoplasias como linfoma não Hodkin e sarcoma de Kaposi (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2015d).

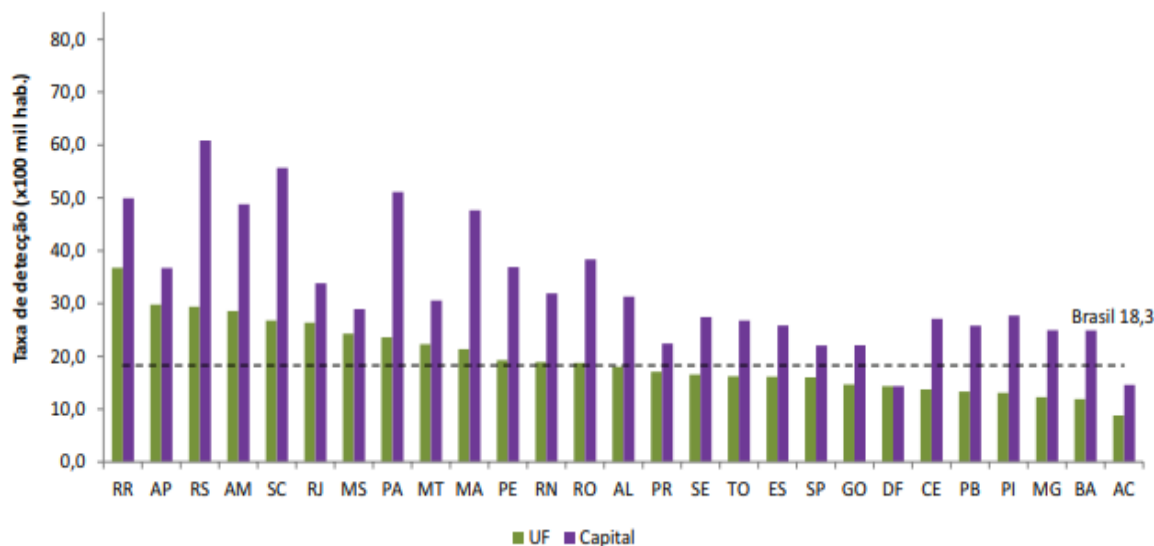
Recentemente, novas diretrizes para o tratamento do HIV/AIDS foram recomendadas pela OMS, na qual a Terapia Antirretroviral (TARV) deve ser ofertada a todas as pessoas diagnosticadas com HIV, independente da situação clínica ou contagem de CD4<sup>+</sup> e carga viral (WHO, 2013). A Declaração de Paris propõe uma meta audaciosa para o fim da epidemia de AIDS até 2020. A meta 90-90-90 significa diagnosticar 90% dos casos de infecção por HIV; 90% de todas as pessoas diagnosticadas com HIV receberão TARV ininterruptamente; e 90% das pessoas que utilizam a TARV deverão estar com carga viral indetectável (UNAIDS, 2015), além de ações de saúde com foco nas populações chave, como a PPL (WHO, 2016).

Entre 2007 e 2016, foram 136945 novos casos de HIV no Brasil e 32321 novos casos somente em 2015, acometendo na maioria homens (razão de sexos de 2,4), adultos jovens (20 a 34 anos), pretos ou pardos (54,8%) e homens com exposição homossexual (50,4%). Foram registrados 842710 casos de AIDS até 2015, com média anual de 41,1 mil casos/ano e taxa de incidência de 19,1 casos/100 mil habitantes. O RS registrou 76304 casos de AIDS de 1982 a 2014 com incidência de 34,7 casos/100 mil habitantes e Porto Alegre apresentou taxa de 74,0 casos/100 mil habitantes, conforme Figura 1. Os coeficientes de mortalidade acompanham as taxas de morbidade: 5,6 óbitos/100 mil habitantes no nível nacional; 10,2 óbitos/100 mil habitantes no RS e 23,7 óbitos/100 mil habitantes em Porto Alegre (BRASIL, 2016e).

O Ministério da Saúde reconhece que a prevalência de HIV entre a PPL é mais alta que na população geral. Esta situação é observada no mundo todo: prevalência 2 vezes maior nos países onde a transmissão sexual do HIV é mais frequente; e 20 vezes maior nos países que drogas injetáveis representam maior transmissão. Além da transmissão por via sexual e

parenteral, a PPL se expõe a riscos adicionais compartilhando os mais diversos materiais, como lâminas de barbear, objetos utilizados em tatuagens e *piercings* (BRASIL, 2014b).

**Figura 1 – Taxa de detecção de AIDS segundo UF e capital de residência, 2017**



Fonte: BRASIL, 2018

O Boletim do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) refere que os índices de HIV em prisões brasileiras são elevados: prevalência de quase 6% em prisão masculina de São Paulo e 14% entre mulheres de outra instituição penal no mesmo território (UNAIDS BRASIL, 2017). Análise epidemiológica, de 2007 a 2014, identificou 2083 casos de AIDS na PPL notificados no SINAN (MIRANDA, 2015). Poucos estudos relatam a prevalência de HIV/AIDS nas PPL: no Mato Grosso do Sul, a prevalência de HIV foi de 1,58% em homens e 1,93% em mulheres (SGARBI, 2015) e no Amapá, a prevalência encontrada foi de 1,54% (VALE; CARVALHO; PEREIRA, 2016).

Prisioneiros estão entre as maiores necessidades não atendidas no HIV/AIDS (BEYRER et al., 2017). A maioria da PPL infectada pelo HIV não tem conhecimento do seu diagnóstico. Estudo realizado em 12 prisões da Região Centro-Oeste do Brasil, identificou que 45% dos participantes da pesquisa nunca haviam sido testados previamente para o HIV. A prevalência de HIV encontrada foi de 1,6% dos presos testados, associada à homossexualidade, auto relato de doença mental, histórico de ISTs e teste de sífilis reagente (SGARBI et al., 2015). Prevalência de HIV nas prisões da África Subsaariana chegou a 34,9% (TELISINGHE et al., 2016). Em Kuala Lumpur/Malásia, a testagem de HIV nas prisões é realizada anualmente, de forma compulsória e involuntária, pois a epidemia de HIV está concentrada nos usuários de

drogas e muitos deles estão nas prisões (BAZAZI et al., 2017). Na prisão central de Zomba/Malawi, estudo transversal de 3 meses, sobre supressão viral do HIV, identificou 9,1% de óbitos e apenas 42% com cuidados do serviço de saúde, dos quais 98,5% aderiram a TARV (MPAWA et al., 2017).

A PNAISP prevê “ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executada nos diferentes níveis de atenção” (BRASIL, 2014c, art. 3º), porém o Boletim do UNAIDS relata que as ações de prevenção e assistência à saúde dentro das prisões brasileiras são inadequadas, apesar do bom nível de conhecimento sobre HIV entre os presos (UNAIDS BRASIL, 2017). Seria importante fomentar políticas de redução de danos (SEYEDALINAGHI et al., 2017). O encarceramento “pode ser uma oportunidade para diagnóstico e tratamento do HIV entre populações vulneráveis, que têm acesso insuficiente aos serviços de saúde”, destacando a necessidade no tratamento do HIV para presos libertados. (SGARBI, 2015, p. 8). Com a liberdade, diminuem a aderência ao tratamento e por consequência perdem a supressão viral (WESTERGAARD; SPAULDING; FLANINGAN, 2013).

### **2.3.2 Tuberculose e a população privada de liberdade**

A TB é uma doença contagiosa de transmissão aérea. Diagnóstico precoce e tratamento adequado são as principais medidas de controle para interromper a cadeia de transmissão; busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR) e Tratamento Diretamente Observado (TDO), as principais estratégias (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

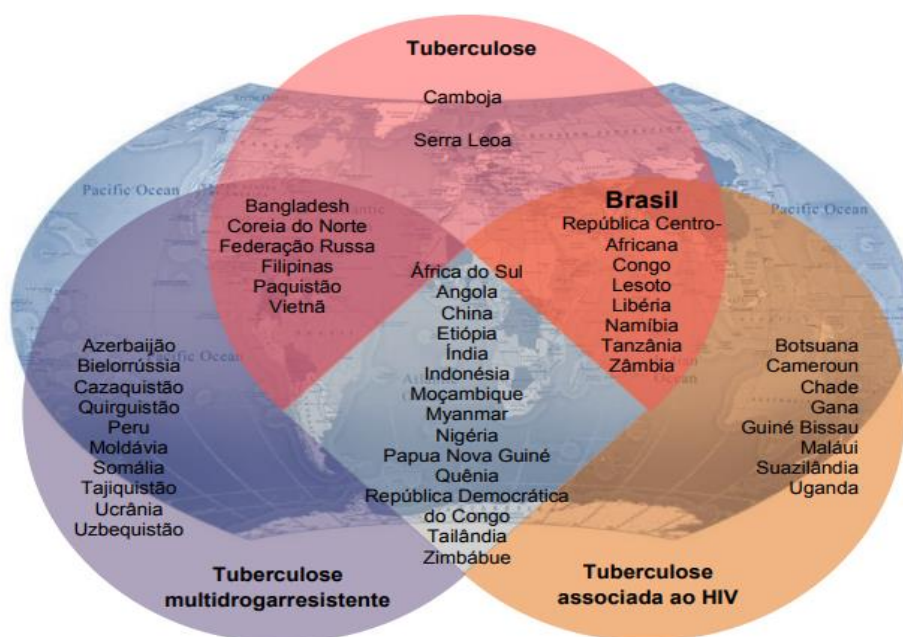
A PPL apresenta alto risco de adoecimento; portanto, a busca ativa de SR deve ocorrer na porta de entrada do sistema e de forma periódica, no mínimo uma vez por ano, nas instituições penais (BRASIL, 2011c). O rastreamento na porta de entrada é realizado em 50% das prisões indianas (PRASAD et al., 2017).

O TDO é uma estratégia na qual o profissional de saúde observa a ingestão da medicação no mínimo três vezes por semana, sendo que o ideal é que isso ocorra de segunda a sexta-feira. O TDO “visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura” (BRASIL, 2011b, p. 11).

Estima-se que 11 milhões de pessoas desenvolveram TB em 2017 e 1,3 milhões de pessoas soronegativas para HIV morreram no mesmo ano. A coinfeção TB/HIV representou 300 mil mortes adicionais. A tuberculose permanece entre as 10 principais causas de morte no

mundo. A OMS publicou três listas identificando os países com maior carga da doença, coinfeção TB/HIV e tuberculose multidrogas resistente (TB-MDR). O Brasil está presente em duas destas listas, ocupando a 20ª posição em carga da doença e 19ª posição na coinfeção TB/HIV. A Figura 2 ilustra a sobreposição destas listas, identificando os países prioritários para ações de controle da TB no período de 2016 a 2020 (WHO, 2018).

**Figura 2 – Países com alta carga de Tuberculose e suas áreas de sobreposição**



Fonte: WHO, 2018.

No Brasil, foram diagnosticados 66796 casos novos de TB, com incidência de 32,4 casos/100 mil habitantes em 2016 e 12809 casos de retratamento. O risco de contrair TB é heterogêneo no país e os territórios apresentam diferentes taxas de incidência e prevalência. Em 2016, ocorreram 4543 óbitos, com coeficiente de mortalidade por TB de 2,2 óbitos/100 mil habitantes (BRASIL, 2017b).

Apesar da incidência da TB ter diminuído em 10 anos de 37,9 casos/100 mil habitantes em 2007 para 32,4 casos/100 mil habitantes em 2016, esta redução não é suficiente para alcançar a meta da OMS de menos de 10 casos/100 mil habitantes. (WHO, 2015a). O Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose baseado nos pilares e princípios propostos pela OMS como estratégia pelo fim da TB. O primeiro pilar propõe “prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente”; o segundo, “políticas arrojadas e sistemas de apoio”; e o terceiro, “intensificação da pesquisa e inovação” (BRASIL, 2017c, p.

23).

Os pilares e princípios da *The end TB Strategy* orientam os diferentes países, nos mais diversos cenários, para o fim da epidemia de TB até 2030. As populações vulneráveis e grupos de risco tem destaque na proposta, entre eles a PPL (WHO, 2015a). Os principais desafios estão no baixo índice de cura, coinfeção TB/HIV, diagnóstico tardio e formas resistentes da doença (NICE, 2016). A magnitude da TB no sistema prisional ainda é pouco conhecida. A notificação de TB com recorte para PPL foi possível a partir de 2007 no SINAN, no qual se identifica 5% dos casos (BRASIL, 2011b).

Estudos em populações específicas ainda são limitados (BAXTER et al., 2017). Nas prisões, a TB representa um importante problema de saúde, com frequências mais elevadas de formas resistentes e multirresistentes, associadas ao diagnóstico tardio e tratamento irregular. (BRASIL, 2011b). De 2009 a 2014, os casos de TB na PPL aumentaram 28,8% (BOURDILLON et al., 2017). No Rio de Janeiro, a prevalência avaliada por inquérito radiológico foi de 4,6% a 8,6% na PPL; e 2,7% na porta de entrada do sistema prisional (BRASIL, 2011b). Na África Subsaariana, essa prevalência atinge 16,3% da PPL (TELISINGUE et al., 2016). Estudo de coorte prospectivo, contemplando 12 prisões brasileiras, encontrou associação entre o uso de drogas no último ano e ter conhecido alguma pessoa diagnosticada com TB com o diagnóstico de TB ativa (PAIÃO et al. 2016).

A transmissão de TB resistente aos fármacos e adoecimento dos trabalhadores também causam preocupação. Em prisão regional no Sul do Brasil, 22,9% dos casos apresentavam resistência à Isoniazida (REIS et al., 2016). Estudo realizado na região central e sul do RS encontrou prevalência de TB latente de 27,9% nos profissionais da saúde e da segurança que trabalham nos presídios (BUSATTO et al., 2017).

O controle da TB depende de melhorias das condições de vida da população, cuidado em saúde para populações mais vulneráveis, acesso facilitado ao diagnóstico (PINHEIRO et al., 2013), fatores econômicos e ambientais também influenciam na adesão ao tratamento da TB (HERRERO et al., 2015). É necessário adotar medidas de detecção, tratamento e acompanhamento dos casos dentro do sistema prisional (VALENÇA et al., 2016). O controle da TB dentro das prisões é fundamental para reduzir a prevalência da doença na população geral (SACCHI et al, 2015).

### **2.3.3 Sífilis e população privada de liberdade**

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico, “causada por *Treponema*

*pallidum*”, “transmitida predominantemente por via sexual e vertical”. “Pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis em longo prazo” e “acometer o organismo de forma severa quando não tratada” (BRASIL, 2016b, p. 9).

A sífilis não tratada se desenvolve em vários estágios: na sífilis primária há presença de cancro duro e linfadenopatia regional, na sífilis secundária existem lesões típicas disseminadas na pele e mucosas, na sífilis latente não há manifestações clínicas e pode ser recente, quando tem até um ano de evolução, ou tardia, com mais de um ano de evolução. A sífilis terciária pode acometer a pele e órgãos internos, provocando graves lesões, como neurosífilis, e morte (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016b).

Os casos de sífilis adquirida somaram 227663 notificações entre 2010 e 2016, com 20,5% dos casos concentrados na região Sul. Em 2015, foram 65878 casos no Brasil, dos quais 17042 (25,9%) estão na região Sul, que apresenta taxa de detecção de 75,3 casos/100 mil habitantes, enquanto a taxa brasileira foi de 42,7 casos/100 mil habitantes. O RS apresentou 111,5 casos/100 mil habitantes, 55,6% são adultos jovens, entre 20 e 39 anos, 16,3% tem ensino médio completo e 40,1% são brancos (BRASIL, 2016c).

Para fins de vigilância epidemiológica, considera-se caso confirmado de sífilis adquirida:

todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária) com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, OU indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente. (BRASIL, 2015a, p. 16).

Dados de sífilis adquirida na PPL não estão disponíveis nos boletins epidemiológicos, pois os mesmos têm foco na Sífilis em Gestante e na Sífilis Congênita, baseados nas recomendações da OMS (WHO, 2015b), Organização Pan Americana da Saúde (OPAS, 2013) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Estudo em Prisão Estadual de São Paulo detectou prevalência de Sífilis de 5,3% na PPL (MAERRAWI; CARVALHO, 2015). Estudo transversal em 12 prisões do Centro-Oeste do Brasil encontrou prevalência global de sífilis de 10,5%, sendo 9,4% em homens e 17% em mulheres (CORREA et al., 2017).

Recentemente, o Ministério da Saúde recomendou a estratégia do Pré-Natal do parceiro, a fim de realizar a testagem rápida das doenças de transmissão sexual e vertical, incluindo a sífilis, nas parcerias sexuais das gestantes (BRASIL, 2016a). A incorporação de testes rápidos para triagem de sífilis, disponíveis para população geral na Atenção Básica, tem aumentado consideravelmente os diagnósticos da doença no país (BRASIL, 2016b).

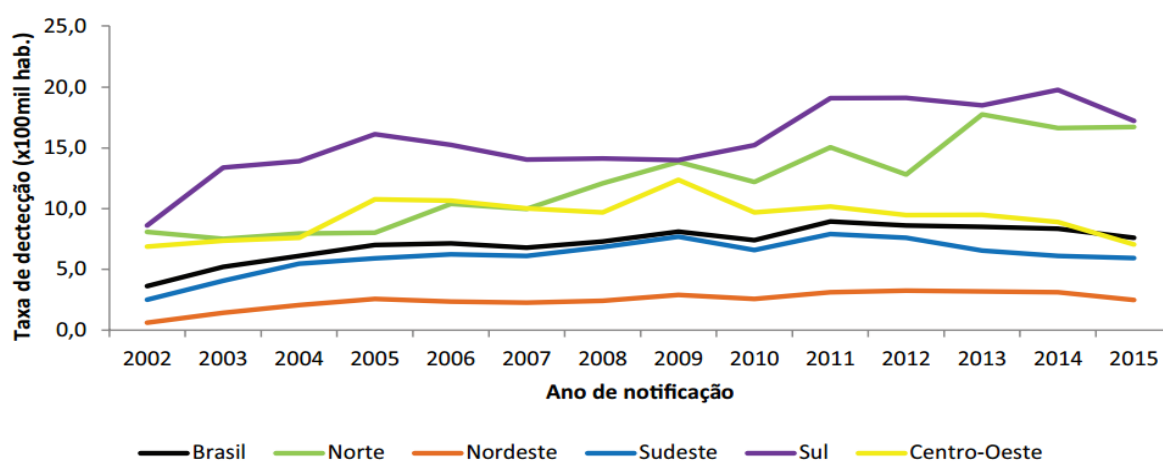


### 2.3.4 Hepatites virais e população privada de liberdade

Hepatites virais são problemas relevantes de saúde pública no mundo todo, configurando-se como principal causa mundial de transplante hepático (BRASIL, 2017d). São transmitidas por vírus hepatotrópicos, identificados pelas letras A, B, C, D e E, que apresentam diferentes manifestações clínicas e formas de transmissão (BRASIL, 2008). Os vírus A e E apresentam transmissão fecal-oral, episódios agudos e podem ser totalmente curados. Os vírus B, C e D são transmitidos por via sexual, vertical, parenteral e por compartilhamento de instrumentos contaminados. Podem apresentar formas agudas e crônicas, provocam cirrose hepática e hepatocarcinoma. A hepatite B é a única que dispõe de vacina. O vírus D não é comum no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2008; BRASIL, 2016d).

As hepatites virais foram notificadas no SINAN a partir da década de 80 por recomendação da OPAS. Em 1996, integraram a lista de doenças de notificação compulsória e em 1992 foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais (BRASIL, 2008). São estimados um terço da população exposta ao vírus da hepatite B (HBV) e 24 milhões de pessoas infectadas no mundo (BRASIL, 2017d). Casos de infecção pelo HBV somaram 196701 notificações no SINAN, de 1999 a 2015, com distribuição heterogênea no território nacional, sendo 31,4% na região Sul. As taxas de incidência vêm apresentando tendência de aumento, conforme mostra a Figura 3 (BRASIL, 2016d).

**Figura 3 – Taxa de detecção de Hepatite B segundo região de residência e ano de notificação, Brasil, 2002 a 2015**



Fonte: BRASIL, 2016d

Dos casos de infecção pelo HBV notificados de 2002 a 2015 no SINAN, 81,1% são crônicos e 11,2% são gestantes. Quando a forma de transmissão é conhecida, 51,1% ocorreram por via sexual e 4,3% por uso de drogas. A coinfeção com HIV esteve presente em 5,2% dos casos. São identificados 17000 novos casos de HBV por ano, com taxas de detecção em 2015 de 7,6/100 mil habitantes no Brasil, 17,2/100 mil habitantes na região Sul e 14,6/100 mil habitantes no RS (BRASIL, 2016d).

O Ministério da Saúde identifica grupos específicos, com risco elevado para HBV, entre eles, pessoas que usam drogas e privados de liberdade, que estão expostos a outros agravos e barreiras que limitam o cuidado em saúde. (BRASIL, 2017d). Nas prisões suecas, o comportamento de risco entre pessoas que usam drogas injetáveis no sistema prisional é maior nas mulheres, nas pessoas que iniciaram o uso de drogas antes dos 17 anos, nos usuários de anfetaminas e nos moradores de rua (KARLSSON et al., 2017). O estudo desenvolvido em uma penitenciária masculina de Ribeirão Preto/SP, com 333 indivíduos, encontrou uma prevalência de 3,6 casos/100 mil habitantes (COELHO, 2008). Em Campo Grande/MS, estudo transversal com 216 presos identificou prevalência de coinfeção de HBV-TB de 2,3% (IGLECIAS et al, 2016). Na região metropolitana de Goiás, estudo com 148 mulheres no sistema prisional encontrou uma prevalência de 0,01 casos/100 mil habitantes (PESSONI, 2010). Em São Paulo, a prevalência foi de 5,3% (MAERRAW; CARVALHO, 2015); no interior do RS, 1,2% dos apenados foram reagentes para o antígeno do vírus de superfície da hepatite B (HBsAg) (FINKLER, 2016). Na Escócia, a infecção por HBV foi reduzida com vacinação universal (PALMATTER et al., 2017).

Aproximadamente 780000 pessoas morrem por ano por HBV no mundo (BRASIL, 2017d). No Brasil, foram 6900 óbitos de 2000 a 2014, tendo a HVB como causa básica. Em 2014, o coeficiente de mortalidade por HBV foi de 0,2 óbitos/100 mil habitantes no Brasil; enquanto na região Sul e no RS foi de 0,3 óbitos/100 mil habitantes em ambos (BRASIL, 2016d).

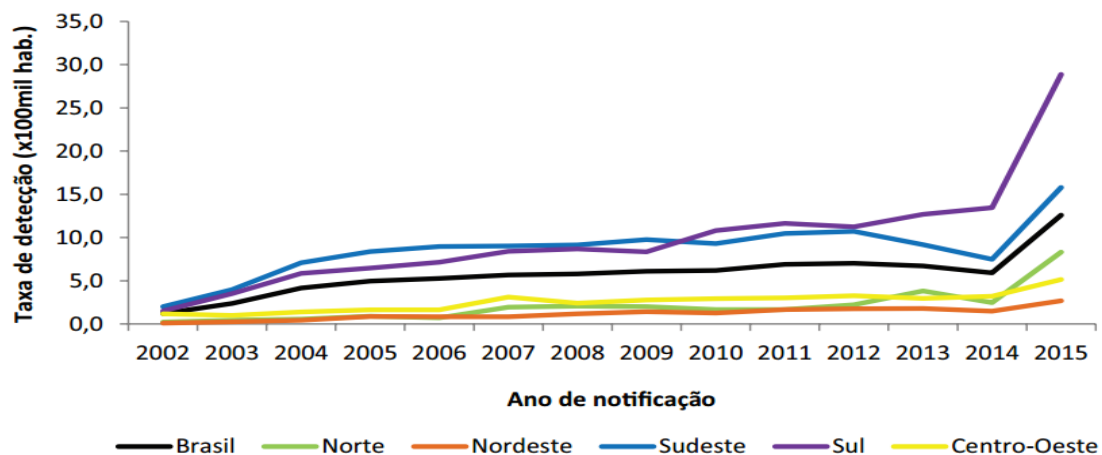
A hepatite C (HCV) foi chamada de hepatite não-A não-B até 1989, quando foi descoberto seu agente etiológico. A evolução silenciosa determina uma das principais causas de morbidade e mortalidade evitáveis no mundo todo (BRASIL, 2015c; SNOW, RICHARDS, KINNER, 2017). O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2014) estima que 3% da população mundial está infectada, e que 60% a 70% desenvolverão doença hepática, o que representa 80 a 150 milhões de pessoas doentes e 350000 mortes ao ano.

De 1999 a 2015, foram notificados 289459 casos de HCV, com média nacional de 13,3 casos/100 mil habitantes e taxa de detecção na região Sul de 24,2 casos/100 mil habitantes,

com tendência ao aumento. Em 2015, a região Sul apresentou incidência de 14,1 casos/100 mil habitantes, conforme Figura 4 (BRASIL, 2016d; BRASIL, 2017e).

A PPL é considerada população vulnerável para HCV, bem como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, soropositivos e usuários de drogas (BRASIL, 2017d; JOVANOVIC et al., 2017). Dos casos de HCV, com via de transmissão conhecida, a maioria (26,7%) ocorreu por uso de drogas, 25% por via sexual e 19,5% por transfusão sanguínea. O Brasil apresenta 10% de coinfeção com HIV e a região Sul 13,6%. A taxa de incidência no Brasil é de 13,3 casos/100 mil habitantes, enquanto Porto Alegre/RS alcançou 107,4 casos/100 mil habitantes em 2015 (BRASIL, 2016d). Na PPL do RS foi encontrado 9,7% de testes rápidos reagentes para HCV (ROSA et al., 2012). Estudo transversal multicêntrico realizado em doze prisões brasileiras, apresentou prevalência de HCV de 2,4%. (PUGA et al., 2017). Revisão sistemática, objetivando estimar a prevalência de infecção por HCV na PPL brasileira, identificou prevalência geral de 13,6%, sendo que o estado de São Paulo identificou a maior prevalência (29,3%) (MAGRI et al., 2015). Na Inglaterra, 52% das prisões realizam triagem para HCV na porta de entrada (HUMPHREYS et al., 2013).

**Figura 4 – Taxa de detecção de Hepatite C segundo região de residência e ano de notificação. Brasil, 2002 a 2015**



Fonte: BRASIL, 2016d

A HCV apresenta maior mortalidade, pois o vírus provoca agressão hepatocelular, fibrose hepática, cirrose, câncer hepático e óbito. De 2000 a 2014, foram 42383 óbitos, 23,6% na região Sul, com taxa de mortalidade de 1,8/100 mil habitantes, enquanto a taxa brasileira é de 1,0 óbitos/100 mil habitantes (BRASIL, 2016d; BRASIL, 2017d).

Triagem para as hepatites B e C também podem ser realizadas por testes rápidos, porém ambos necessitam de testes laboratoriais confirmatórios do diagnóstico. Esta estratégia se

torna relevante, especialmente em doenças silenciosas, que podem ser diagnosticadas muitos anos após a infecção (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017d; WHO, 2017).

## **2.4 Diagnóstico Situacional**

O diagnóstico situacional é parte do planejamento estratégico, que apresenta metodologia complexa, baseada na organização de informações, ordenamento das ações e orientação das decisões. Integra o processo administrativo, a partir do mapeamento dos pontos fortes e fracos identificados na instituição. Constitui-se uma das mais importantes ferramentas de gestão, a mediação entre o conhecimento e a ação (MATUS, 1997; CHIAVENATO, 2000).

O diagnóstico situacional permite conhecer os problemas, as necessidades sociais e a organização dos serviços de saúde. Inclui a pesquisa das condições de saúde, as necessidades e riscos aos quais a população está exposta, para embasar o planejamento e a programação das ações de saúde. Consiste no processo de identificação, explicação e priorização de problemas em uma determinada realidade, orientando as medidas a serem adotadas. Este modelo exerceu grande influência no movimento sanitário brasileiro (MATUS, 1993; SANT'ANNA, CAZAR-VAZ e CARDOSO, 2011; SILVA, KOOPMANS e DAHER, 2016).

A coleta de dados para o diagnóstico situacional envolve a participação efetiva das pessoas que atuam no local do estudo. Expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam a realidade, podendo divergir de acordo com o contexto de cada um. (MATUS, 1993; SANT'ANNA, CAZAR-VAZ e CARDOSO, 2011; SILVA, KOOPMANS e DAHER, 2016).

No planejamento estratégico, o ator que planeja faz parte da realidade e coexiste com outros atores que também planejam, rompendo com o planejamento normativo, no qual o planejador é um sujeito separado da realidade, que se coloca fora dela e quer controlá-la (GIOVANELLA, 1991).

Para Testa (1987) o ator que planeja, é um ator social e político, dotado de poder. Os atores políticos estão inseridos nos espaços sociais e institucionais, na administração central, nos serviços de saúde e na academia. Diversos espaços de poder são encontrados no âmbito das instituições de saúde. Neste sentido, para o planejamento estratégico é necessário identificar os atores e o tipo de poder que exercem sobre o problema em questão. Os problemas de saúde são considerados socialmente determinados, no qual o comportamento dos atores sociais, as relações de poder e a ideologia são considerações importantes para

pensar a ação política em saúde. Assim, as práticas de saúde, são também práticas sociais e ideológicas, afetando as concepções de mundo dos seus sujeitos (GIOVANELLA, 1990).

Desta forma, o diagnóstico da situação de saúde proporciona dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, e prioridades de intervenção na comunidade.

## **2.5 Monitoramento e avaliação na saúde prisional**

O monitoramento e avaliação deve considerar a complexidade e diversidade da política pública e os diversos atores sociais e políticos envolvidos no processo. O monitoramento é o “acompanhamento rotineiro e sistemático de informações prioritárias sobre intervenção, seu funcionamento e efeitos”. Avaliação compreende a “emissão de julgamento sobre recursos implementados, processos e efeitos em comparação com normas estabelecidas”. Ambos são fundamentais nas intervenções e para subsidiar a tomada de decisão (MIRANDA, 2015, p. 7).

Diversos aspectos diferenciam monitoramento e avaliação: a avaliação é o exame discreto, o monitoramento é o exame contínuo; a avaliação explora em profundidade, o monitoramento tem necessidade de agilidade para instrumentalizar a tomada de decisão; a avaliação produz relatórios complexos, o monitoramento produz dados parciais; a avaliação poderá ser utilizada para subsidiar a tomada de decisão, enquanto o monitoramento terá sempre esta finalidade, além do desenho da política, programa ou projeto (RUA, 2012).

O monitoramento e avaliação da PNAISP, dos serviços, equipes e ações de saúde são realizados pelo cadastro dos profissionais no CNES e alimentação do e-SUS AB (BRASIL, 2014d). A PNAISP prevê “a constituição de um grupo condutor formado pelas secretarias de saúde, secretaria da justiça ou congêneres, pela Administração Prisional ou congêneres e pelo COSEMS”, ao qual compete atividades de monitoramento e avaliação em âmbito municipal e estadual (BRASIL, 2014b, p.1).

O monitoramento e avaliação de doenças infectocontagiosas na PPL do RS não está sendo realizada e não há disponibilidade de registro destes dados, com exceção da TB, cujos dados encontram-se no SINAN (ORNELL et al., 2016). Uma análise situacional prévia do cenário da saúde prisional é relevante e necessária (MIRANDA, 2015). As notificações no SINAN sofrem limitações, por subdiagnósticos e subnotificações que, no caso das hepatites virais, alcança percentuais entre 33,4% e 43,2% (BRASIL, 2016d).

A vigilância epidemiológica é uma poderosa ferramenta de produção de informações para indicar tendências da doença e permitir avaliação das medidas de controle para embasar

políticas públicas, de acordo com a realidade da população (BRASIL, 2008). Porém, a integração entre a vigilância em saúde e a atenção básica é condição obrigatória para que os resultados sejam alcançados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2017).

## 2.6 Questionários *on-line*

A coleta de dados utilizando questionários *on-line* como estratégia de pesquisa tem se tornado comum (WACHELKE et al., 2014).

Um questionário é um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal, coloca-se uma série de questões que abrangem um tema de interesse para os investigadores, não havendo interação direta entre estes e os inquiridos. (AMARO, PÓVOA, MACEDO, 2005, p. 3).

Em estudo realizado, com questionários *on-line* na Alemanha, a utilização da *internet* como ferramenta de pesquisa possibilitou menor tempo para coleta de dados, melhores taxas de aproveitamento dos questionários, menor custo, permitiu a obtenção de um banco de dados automático, que pode ser exportado para os programas SPSS ou Excel, de forma completa e sem erros. Além disso, proporcionou maior facilidade para os sujeitos da pesquisa, que responderam o questionário a qualquer tempo, na comodidade do seu lar (FALEIROS et al., 2016). A *internet* está disponível 24 horas por dia e o pesquisador tem acesso constante aos dados coletados, realizando o acompanhamento da pesquisa, mesmo que haja grande distância física dos sujeitos pesquisados (DAMASCENO et al., 2014).

A principal desvantagem de coletas de dados via *web* é o erro de cobertura, que ocorre quando a população selecionada para responder o questionário *on-line* não representa a população-alvo do estudo. Pode-se citar também, a cobertura heterogênea dos domicílios, pessoas que não acessam a *internet* de maneira regular, a baixa qualidade e o alto custo da *internet* no Brasil (CALLIYERIS; LAS CASAS, 2012).

## 2.7 Compreensão interdisciplinar do objeto de estudo

A interdisciplinaridade se aproxima da integralidade, modificando “a forma fragmentada e desarticulada de agir em saúde”, valorizando diálogo, espaços reflexivos e troca de saberes (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014, p. 3). A interdisciplinaridade propõe uma coordenação do campo disciplinar, com postura integradora e mediadora. Difere da

multidisciplinaridade e da transdisciplinaridade, pois a primeira refere-se ao conjunto de disciplinas que tratam a mesma problemática, sem necessidade de estabelecer relações entre si; e a segunda trata da integração das disciplinas, com relações horizontais de poder e “autonomia teórica e metodológica”, de forma que a “transdisciplinaridade significa uma radicalização da interdisciplinaridade” (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 13).

O objetivo da interdisciplinaridade é “extrapolar a mera justaposição das contribuições disciplinares, estabelecendo-se um intercâmbio entre especialistas de diversas áreas do conhecimento” (VELLOSO et al., 2016, p. 258). Para Brinhosa (2016), a análise do trabalho interdisciplinar deve considerar a sua inserção na sociedade capitalista monopolista.

A interdisciplinaridade possibilita a reflexão crítica sobre saúde e sociedade, desenvolve a capacidade de produzir mudanças nos contextos de vida, educação e trabalho dos sujeitos, além de desempenhar papel importante na promoção da saúde (MENDES; CAPRARA, 2012).

A pesquisa irá se desenvolver de forma interdisciplinar, integrando ensino, serviço e gestão, assim como profissionais de diversas áreas que atuam nestes contextos. O projeto extrapola o campo da saúde, pois dialoga com a segurança pública, áreas do direito e da administração, envolvendo profissionais da SUSEPE e da SSP, além dos profissionais da saúde como: enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico/auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, psicólogo, psiquiatra, assistente social, entre outros.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Realizar o diagnóstico situacional referente à prevenção, identificação e acompanhamento das principais doenças infectocontagiosas que acometem a População Privadas de Liberdade do Rio Grande do Sul.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar a prevalência de HIV/AIDS, tuberculose, sífilis e hepatites virais na PPL do Rio Grande do Sul;
- b) Produzir informações em saúde referente à PPL que está sob os cuidados das 43 equipes de saúde prisionais distribuídas em 29 instituições penais localizados em 26 municípios do Rio Grande do Sul;
- c) Desenvolver um processo de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde prisional referente às doenças infectocontagiosas na PPL do Rio Grande do Sul, a partir de um questionário *on-line*;
- d) Avaliar a utilização do formulário *on-line* como estratégia de monitoramento e avaliação da saúde prisional.



**CAPÍTULO II**  
**ARTIGOS**

# 1 ARTIGO I – SÍFILIS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PUBLICAÇÃO OFICIAL DO NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA DO HOSPITAL SANTA CRUZ E PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA DA UNISC

ACESSE AQUI A REVISTA ONLINE

## Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

### Artigo de Revisão

#### SÍFILIS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

#### SYPHILIS IN THE PRIVATE POPULATION OF FREEDOM: AN INTEGRATING REVIEW OF THE LITERATURE

#### SÍFILIS EN LA POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD: UNA REVISIÓN INTEGRAL DE LA LITERATURA

Karine Zenatti Ely<sup>1</sup>, Raquel Cristine Barcella<sup>1</sup>, Suzane Frantz Krug<sup>1</sup>, Andréia Rosane de Moura Valim<sup>1</sup>, Lia Gonçalves Possuelo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil  
karine-ely@saude.rs.gov.br

#### RESUMO

**Justificativa e Objetivos:** A População Privada de Liberdade (PPL) apresenta maior vulnerabilidade para doenças infecto-contagiosas, entre elas, a sífilis. A magnitude do problema é desconhecida, devido à limitação de dados e estudos sobre a temática. O objetivo desta pesquisa é sistematizar o conhecimento produzido sobre sífilis relacionada à saúde prisional nos últimos 5 anos. **Conteúdo:** Esta revisão integrativa utilizou-se dos DeCS (descritores em saúde): "sífilis", "prisões" e "prisioneiros" e os seus equivalentes na língua inglesa "syphilis", "prisons" e "prisoners" combinados entre si e coletados no mês de setembro de 2018 nas bases de dados LILACS, Scielo e Medline (PubMed). Os artigos duplicados foram excluídos. Após leitura e análise criteriosa foram excluídos aqueles que não abordam a temática sífilis no contexto prisional e artigos que não apresentavam resultados. Foram selecionados 16 artigos que abordaram a temática: estudos desenvolvidos com presos do sistema fechado, estudos realizados com presos prestes a serem libertados e egressos do sistema prisional, estudos desenvolvidos com mulheres e artigos de revisão. **Conclusão:** Altas prevalências de sífilis no contexto prisional estão associadas aos comportamentos de risco e são encontradas na América Latina e Ásia Central, nas mulheres, nos presos prestes a serem libertados e egressos do sistema penal e imigrantes presos na Europa. **PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis. Prisões. Prisioneiros.

#### ABSTRACT

**Background and Objectives:** The Population Deprived of Liberty (PPL) presents greater vulnerability to contagious diseases, among them, the syphilis. The magnitude of the problem is unknown, due to the limitation of data and studies on the theme. The objective of this research is to systematize the knowledge produced about syphilis related to prison health in the last 5 years. **Contents:** This integrative review utilized DeCS (health descriptors): "syphilis", "prisons" and "prisoners" and their English equivalents "syphilis", "prisons" and "prisoners" combined with each other and collected in the month September 2018 in the databases LILACS, Scielo and Medline (PubMed). Duplicate articles have been deleted. After reading and careful analysis were excluded those who do not approach syphilis in the prison context and articles that did not present results. We selected 16 articles that addressed the theme: studies developed with inmates of the closed system, studies carried out with prisoners about to be released and prisoners, studies developed with women and articles of revision. **Conclusion:** High prevalence of syphilis in the prison context is associated with risk behaviors and is found in Latin America and Central Asia, in women, prisoners about to be released and prisoners from the criminal justice system and immigrants imprisoned in Europe. **KEYWORDS:** Syphilis. Prisons. Prisoners.

#### RESUMEN

**Justificación y objetivos:** La Población Privada de Libertad (PPL) presenta mayor vulnerabilidad para enfermedades infectocontagiosas, entre ellas, la sífilis. La magnitud del problema es desconocida debido a la limitación de datos y estudios sobre la temática. El objetivo de esta investigación es sistematizar el conocimiento producido sobre sífilis relacionada a la salud prisional en los últimos 5 años. **Contenido:** Esta revisión integrativa se utilizó de los DeCS (descriptores en salud): "sífilis", "prisiones" y "prisioneros" y sus equivalentes en la lengua inglesa "syphilis", "prisons" y "prisoners" combinados entre sí y recogidos en el mes de septiembre de 2018 en las bases de datos LILACS, Scielo y Medline (PubMed). Se excluyeron los artículos duplicados. Después de lectura y análisis criterios se excluyeron aquellos que no abordan la temática sífilis en el contexto prisional y artículos que no presentaban resultados. Se seleccionaron 16 artículos que abordaron la temática: estudios desarrollados con presos del sistema cerrado, estudios realizados con presos a ser liberados y egresados del sistema prisional, estudios desarrol-

## Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



### TRABALHOS

*lados con mujeres y artículos de revisión. Conclusiones: Altas prevalencias de sífilis en el contexto penitenciario están asociadas a los comportamientos de riesgo y se encuentran en América Latina y Asia Central, en las mujeres, en los presos a ser liberados y egresados del sistema penal e inmigrantes presos en Europa.*

**PALABRAS-CLAVE:** Sífilis. Prisiones. Prisioneiros.

### INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmitida (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, curável e que atinge somente o ser humano. Apresenta diversos estágios, com manifestações clínicas específicas em cada um deles. A sífilis primária caracteriza-se por apresentar lesão geralmente única, indolor e rica em bactérias. Acomete órgãos sexuais, ânus, boca ou pele com início entre 10 e 90 dias após o contágio, podendo também provocar alterações nos linfonodos inguinais. Na sífilis secundária, após cicatrização da ferida inicial, surgem manchas nas palmas das mãos, plantas dos pés e outras partes do corpo que não causam prurido. O indivíduo pode apresentar febre, mal-estar, cefaleia e alteração de linfonodos. As lesões cutaneomucosas que surgem durante a primeira e segunda fase da doença são altamente contagiosas, o que aumenta a possibilidade de transmissão por contato nestes períodos. A sífilis latente é a fase assintomática da doença, de duração variável, classificada em latente recente quando o contágio for inferior ao período de dois anos e latente tardia, quando o mesmo ocorreu há mais de 2 anos. A sífilis terciária pode surgir até 40 anos após o contágio inicial e caracteriza-se por lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas graves, que podem levar a morte.<sup>1</sup>

A sífilis diagnosticada durante o pré-natal, parto ou puerpério deve ser notificada como sífilis em gestante. A sífilis congênita refere-se a todo recém-nascido, natimorto ou aborto de gestante com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada. Crianças com menos de 13 anos também podem apresentar sífilis congênita, excluída possibilidade de violência sexual.<sup>2</sup> Os demais casos são identificados como sífilis adquirida e representam o foco de pesquisa deste trabalho.<sup>3</sup>

A Organização Mundial da Saúde estima um milhão de novos casos por dia de IST no mundo, com 357 milhões de novas infecções entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase.<sup>4</sup> No Brasil, em 2016, foram notificados 87593 casos de sífilis adquirida, 37436 casos de sífilis em gestante, 20474 casos de sífilis congênita e 185 óbitos.<sup>5</sup>

A sífilis adquirida, notificada compulsoriamente a partir de 2010, atingiu 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016 no Brasil. O número crescente de casos de sífilis no país vem sendo atribuído às estratégias de ampliação de testagem

rápida, aumento no número de notificações e redução no uso de preservativos, além do desabastecimento e da resistência ao uso da penicilina.<sup>3</sup>

No contexto prisional, somam-se as condições de vida desta população, que aumentam a vulnerabilidade à diversas doenças. A elevada prevalência de doenças infectocontagiosas no contexto prisional, entre elas a sífilis, preocupa autoridades de saúde no mundo inteiro.<sup>6-8</sup> Porém, a magnitude do problema não é conhecida, devido à limitação de dados e pesquisas sobre a sífilis na População Privada de Liberdade (PPL).

Considerando a problemática apresentada, esta pesquisa tem como objetivo sistematizar o conhecimento produzido sobre sífilis relacionada à saúde prisional nos últimos 5 anos.

### MÉTODOS

A pergunta norteadora da pesquisa foi: como a problemática da sífilis, no contexto prisional, vem sendo abordada nos artigos científicos?

As etapas metodológicas para o desenvolvimento desta pesquisa documental seguiram as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, objetivos da revisão integrativa, definição de critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados, leitura completa dos artigos selecionados, avaliação dos estudos e comparação dos resultados.<sup>9</sup>

Esta revisão integrativa utilizou-se dos DeCS (descritores em saúde): "sífilis", "prisões" e "prisioneiros" e os seus equivalentes na língua inglesa "syphilis", "prisons" e "prisoners" coletados no mês de setembro de 2018. Para tanto, foram utilizadas as palavras-chave relacionadas entre si por meio da expressão booleana "AND". Foram incluídos artigos publicados entre 2014 e 2018, disponibilizados em língua inglesa, portuguesa e espanhol, com texto completo e gratuito nos sites pesquisados: LILACS, Scielo e Medline (PubMed). Os artigos duplicados foram excluídos. Após leitura e análise criteriosa foram excluídos aqueles que não abordam a temática sífilis no contexto prisional e artigos que não apresentavam resultados.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa selecionou 16 artigos para análise e avaliação que discutiram a temática da sífilis no contexto prisional. A Figura 1 apresenta o resultado dos artigos selecionados.

A análise criteriosa e subjetiva excluiu 6 artigos, pois os mesmos não tratavam da temática abordada, sífilis na PPL, e não traziam resultados possíveis de análise.

Os artigos selecionados, incluíam, na sua maioria, estudos observacionais de prevalência, incluindo outras ISTs e fatores associados às altas prevalências. Em 2015, foram pub-

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



## TRABALHOS

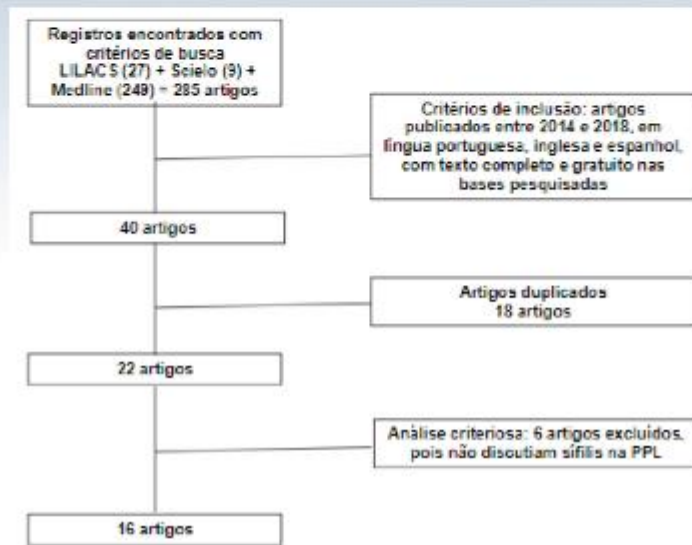


Figura 1. Seleção de artigos para análise.

licados o maior número de artigos entre os selecionados, de 2014 a 2018, com 6 publicações. Dos 16 artigos selecionados, 4 foram estudos brasileiros, publicados em Língua Portuguesa nos seguintes periódicos: *Ciência & Saúde Coletiva*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista Eletrônica de Enfermagem* e *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Estudos desenvolvidos na Europa (Bósnia e Herzegovina, Azerbaijão), América Latina (Chile), América Central (México, Caribe) e América do Norte (Estados Unidos), Austrália e Ásia Central,

somaram 11 artigos e foram publicados em Língua Inglesa nas seguintes revistas: *Psychiatry Danubina*, *American Journal of Public Health*, *PLoS One*, *Drug and Alcohol Dependence*, *Sexually Transmitted Disease*, *The International Journal on Drug Policy* e *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Um artigo selecionado foi escrito em espanhol e publicado na *Revista Chilena de Infectología*. A Tabela 1 apresenta a descrição dos artigos com autores e ano de publicação, objetivos, delineamento do estudo e principais resultados.

Tabela 1. Estudos selecionados na pesquisa.

Autor/ Ano	Objetivos	Delineamento do estudo	Principais resultados
Albuquerque et al., 2014 <sup>a</sup>	Determinar a soroprevalência e fatores de risco para o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV-1/2 e sífilis entre presidiários do sexo masculino em Caruaru, Pernambuco.	Estudo transversal	Participaram do estudo 1097 detentos de uma penitenciária de Caruaru/PE. A prevalência de HIV foi de 1,19% e de sífilis 3,92%. A infecção por HIV foi associada ao uso de drogas injetáveis, homossexualismo e transfusões. Em relação à sífilis, fatores referentes à vida sexual, como homossexualismo, uso de preservativo e já ter tido IST, mostraram-se estatisticamente significativos.
Ravijsa et al., 2014 <sup>a</sup>	Identificar a prevalência de HIV e outras ISTs em relação ao comportamento de risco e outros fatores de risco	Estudo transversal	Participaram do estudo 620 presos de 10 presídios na Bósnia e Herzegovina. A prevalência de HIV foi 0%, de sífilis 0,5%, de hepatite B (HBV) 1,5% e hepatite C (HCV) 14,3%. O uso de drogas intravenosas

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



## TRABALHOS

			esteve associado à hepatite C. Outros fatores de risco associados foram tatuagens, relações sexuais anais voluntárias, abuso sexual e conhecimento insuficiente sobre prevenção de ISTs.
Javanbakht et al., 2014 <sup>20</sup>	Identificar as infecções sexualmente transmissíveis entre as mulheres presas na cadeia do condado de Los Angeles	Estudo Transversal	Participaram do estudo 76207 mulheres da cadeia do condado de Los Angeles. A prevalência de clamídia foi de 11,4%, gonorreia 3,1%, sífilis 1,4% e HIV 1,1%. Sífilis e HIV foram tratados em 99% e 100% dos casos. Clamídia e gonorreia foram tratadas em 56% e 58% respectivamente.
Anáujo et al., 2015 <sup>21</sup>	Investigar a prevalência de sífilis e fatores associados em internas na penitenciária feminina de Teresina-PI, Brasil	Estudo transversal	Participaram do estudo 131 mulheres internas da penitenciária feminina de Teresina-PI. A prevalência de sífilis foi de 25,2%. As condições associadas foram: situação conjugal, uso de drogas ilícitas e consumo antes das relações sexuais. Situação socioeconômica desfavorável, baixa escolaridade e renda são marcadores de risco e vulnerabilidade para ISTs.
Scott et al., 2015 <sup>22</sup>	Determinar os efeitos de um programa de distribuição de preservativos e um programa de distribuição de preservativos combinado com rastreamento de ISTs num sistema prisional.	Estudo de modelo determinístico, baseado em equações	A intervenção foi realizada em 14 presídios do Estado de Victoria na Austrália. Os preservativos reduziram a incidência anual de sífilis em 99% (n=66), gonorreia em 98% (n=113), hepatite B em 71% (n=5), clamídia em 27% (n=196) e HIV em 50% (n=2 casos a cada 10 anos). Os preservativos reduziram efetivamente a incidência de ISTs na prisão com controle da sífilis e gonorreia, porém mesmo combinada com um programa de rastreamento não é suficiente para reduzir a prevalência da clamídia.
Bautista-Aredondo et al., 2015 <sup>23</sup>	Descrever padrões de infecções transmissíveis, doenças crônicas, características sociodemográficas e comportamentos de risco nas prisões da Cidade do México, comparando com a população geral.	Estudo transversal	Estudo realizado com 17 mil prisioneiros de 4 prisões da Cidade do México. As prevalências encontradas foram: HIV 0,7%, sífilis 2,0%, Hepatite B: HBcAb 2,8%, HBsAg 0,15%, Anti-HCV 3,2%. Obesidade 9,5% em homens e 33,8% em mulheres. A prevalência foi maior para HIV e sífilis em mulheres, HIV e Hepatite C em homens, e todas as infecções em participantes mais jovens. Comparando aos dados nacionais, apresentavam nível educacional mais baixo, aumento do tabagismo e uso de drogas ilícitas.
Azbel et al., 2015 <sup>24</sup>	Determinar a prevalência de HIV, dependência química e outras doenças infecciosas nos prisioneiros que fazem a transição de volta para casa na região sul do Azerbaijão.	Estudo transversal	Participaram do estudo 510 prisioneiros de 13 prisões não especializadas do Azerbaijão prestes a serem libertados. A prevalência de HCV foi de 38,2%, HIV 3,7%, sífilis 3,7% e HBV 2,7%, sendo que 31,9% relatam uso de drogas injetáveis antes da prisão, principalmente heroína. No Azerbaijão, as epidemias de HIV e HCV estão relacionadas às pessoas que fazem uso de drogas injetáveis e amplada entre os presos.
Wiehe et al., 2015 <sup>25</sup>	Descrever as taxas de detecção de clamídia, gonorreia e sífilis entre os indivíduos liberados das prisões de Indianápolis, Indiana.	Estudo de Coorte retrospectivo	Participaram do estudo 118670 pessoas que estiveram presas. As taxas de IST foram muito superiores a população geral: de 2 a 7 vezes maiores para clamídia, 5 a 24 vezes maior para gonorreia e 19 a 32 vezes maior para sífilis. As características associadas foram: clamídia e gonorreia nos mais jovens, sífilis nos mais idosos, raça negra para homens, prisão para mulheres, histórico de IST e encarceramento anterior.

## Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



### TRABALHOS

Wiehe et al., 2015 <sup>26</sup>	Estimar taxas de ISTs entre egressos do sistema prisional no período de um ano após liberdade em Indianápolis, Indiana.	Estudo de Coorte retrospectivo	Participaram 247211 pessoas que estiveram presas entre 2003 e 2008. Taxas de HIV e IST foram 1,5 a 2,8 vezes mais altas no sexo feminino do que no masculino e entre 2,7 e 6,9 vezes maiores nos negros do que nos brancos. Comparados com não infratores, ex-detentos tinha o risco relativo de 3,9 para clamídia, 6,6 para gonorreia, 3,6 para sífilis e 4,6 para HIV.
Azbel et al., 2016 <sup>27</sup>	Identificar dados sobre HIV, outras doenças infecciosas e uso de substâncias em prisões da Ásia Central.	Estudo transversal	Participaram 368 presos que seriam libertados em breve, por amostragem, de 8 prisões do Quirguistão. As prevalências ponderadas foram altas: HCV de 49,7%, sífilis de 19,2%, HIV de 10,3% e HBV de 6,2%.
Bernstein et al., 2016 <sup>28</sup>	Identificar abordagens baseadas em evidências para a triagem de ISTs em ambientes não clínicos nos Estados Unidos.	Revisão sistemática	No ambiente prisional dos Estados Unidos foi identificada baixa incidência de sífilis, < que 2% em homens e mulheres e com alto custo para testagem, discutindo a sustentabilidade desta estratégia.
Getaz et al., 2016 <sup>29</sup>	Resumir a epidemiologia das doenças infecciosas e tropicais persistentes em imigrantes com foco nas populações encarceradas, além de descrever aspectos clínicos e coinfeções com cursos mais severos.	Artigo de revisão	Algumas doenças são assintomáticas e tem um longo período de incubação. HIV, hepatite B e C, tuberculose e sífilis estão entre as doenças persistentes mais significativas em imigrantes. Esquistossomose e estrogiloidose podem causar morbidade significativa em coinfectados com HIV e hepatites B e C. A Doença de Chagas, leishmaniose visceral e malária devem ser consideradas em imigrantes de países endêmicos.
Domingues et al., 2017 <sup>30</sup>	Estimar a prevalência de sífilis e HIV durante a gestação, a transmissão materno-fetal da sífilis e incidência de sífilis congênita em mulheres encarceradas – comparando esses dados com as estimativas nacionais para mulheres livres.	Estudo transversal	Comparou dados da pesquisa "Nascer no Brasil" <sup>21</sup> , que incluiu 23894 mulheres não encarceradas, atendidas em 266 maternidades com mais de 500 partos por ano, com o estudo "Saúde Materno Infantil nas prisões do Brasil" <sup>22</sup> , que incluiu 495 mulheres encarceradas, sendo 206 gestantes e 289 mães vivendo com seus filhos em 33 presídios femininos. Nas mulheres encarceradas, a estimativa de sífilis gestacional foi de 8,7% e para HIV 3,3%, com taxa de transmissão vertical de 66% e incidência de sífilis congênita de 58,1/1000 nascidos vivos. As mulheres encarceradas são mais vulneráveis às infecções, recebem pré-natal de pior qualidade e apresentam níveis mais elevados de vulnerabilidade social.
Bórquez et al., 2017 <sup>31</sup>	Determinar a prevalência de HIV, <i>Treponema pallidum</i> e HBV internos do Centro de Detenção Preventiva (CDP) de Arica.	Estudo transversal	Participaram 140 presos do CDP de Arica, Chile. A prevalência de IST foi de 13,6%, VDRL positivo 7,1%, infecção pelo HIV 5,7% e HBV 2,9%. A maioria tinha menos de 31 anos 57,9%, em situação de superlotação 63,2%, início da atividade sexual antes dos 15 anos 42,1% e uso de drogas 94,7%.
Silva et al., 2018 <sup>32</sup>	Investigar a prevalência de sífilis e seus fatores associados em mulheres egressas do sistema prisional.	Estudo transversal	Participaram 56 mulheres cumprindo pena em regime aberto e semiaberto em Centro de Reeducação Feminina. A prevalência de sífilis foi de 16,1%, sendo fatores associados: ter mais de 35 anos (21,7%), cor branca (33,3%) casada/união estável (21,4%), nível de escolaridade elevado (27,3%), evangélicas (33,3%), sem vida sexual ativa (20,0%), múltiplos parceiros (16,7%), uso de preservativo com parceiro fixo (33,3%) e eventuais (28,0%), uso de drogas ilícitas (20,0%).

## Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



### TRABALHOS

Abel et al., 2018 <sup>28</sup>	Avaliar as taxas de rastreio de HIV, hepatites B e C, sífilis e HTLV-1 na porta de entrada da prisão de Ducos na Martinica, Caribe, e o desempenho do processo de teste	Estudo monocêntrico observacional	Foram encarcerados em 2014, 778 pessoas, das quais 461 (59,3%) foram testadas. 75 pessoas não receberam seus resultados (todos negativos), 41 delas por sobrecarga da equipe de saúde. Resultados: 4 pessoas com resultado positivo para HIV, 4 pessoas reagentes para HCV, 1 caso de HTLV-1 e 8 (1,7%) casos de sífilis. Nenhuma pessoa teve resultado positivo para HCV. Os motivos para não realização das testagens foram: organização do sistema judiciário, incluindo monitoramento eletrônico e transferência ou liberação rápida, e recusa individual.
---------------------------------	---	-----------------------------------	--

Os artigos selecionados apresentam dados nos quais a prevalência de sífilis é superior na PPL, quando comparada à população geral, variando de 0,5% na Bósnia e Herzegovina<sup>9</sup> a 25,2% na Penitenciária Feminina de Terezina/PI.<sup>11</sup> Os estudos realizados na América Latina<sup>11,20,23-24</sup> encontraram uma prevalência de 3,92% a 25,2%; na América Central a prevalência foi de 1,7% no Caribe<sup>25</sup> e 2,0% no México<sup>26</sup>; na América do Norte de 1,4% a 2,0% nos Estados Unidos<sup>24,27</sup>. Estudos da Europa<sup>24</sup> podem ser comparados às taxas da América do Norte, com prevalência de 0,5% na Bósnia e Herzegovina e 3,7% no Arzerbaijão. Pesquisa desenvolvida na Ásia Central encontrou prevalência superior, de 19,2% no Quirguistão.<sup>17</sup> Estudo desenvolvido na Austrália verificou a diminuição de 99% da incidência anual de sífilis com a distribuição de preservativos.<sup>12</sup> Nenhum estudo desenvolvido no Continente Africano foi encontrado nas bases pesquisadas no período avaliado.

Avaliando os artigos selecionados é possível identificar quatro categorias para discussão: estudos desenvolvidos com presos do sistema fechado, estudos realizados com presos prestes a serem libertados e egressos do sistema prisional, estudos desenvolvidos com mulheres e artigos de revisão.

#### Estudos desenvolvidos com presos do sistema fechado

Dos estudos selecionados, 6 (37,5%) foram desenvolvidos com presos do sistema fechado, sendo que a maioria deles avaliou também a prevalência de outras ISTs como: HIV, HTLV, hepatites B e C, clamídia e gonorreia.<sup>9,11,23,24,26</sup> A maior prevalência de sífilis (7,1%) foi encontrada no Chile<sup>29</sup> e a menor (0,5%) na Bósnia e Herzegovina.<sup>9</sup>

Quando avaliadas diversas ISTs, estas foram associadas à idade inferior a 31 anos, situação de superlotação, início da atividade sexual antes dos 15 anos, uso de drogas ilícitas, tatuagens, relações sexuais anais voluntárias, abuso sexual e conhecimento insuficiente sobre ISTs. Desta forma, a alta incidência de ISTs está relacionada ao comportamento de risco característico de instituições penais, o que também contribui para a sua disseminação na população em geral.<sup>9,20</sup>

Estudos que se dedicaram à avaliação específica da sífilis na PPL encontraram maior prevalência em mulheres e jovens, com baixo nível educacional, com histórico de tabagismo, uso de preservativos, drogas ilícitas, relações homoafetivas e infecções prévias de alguma ISTs.<sup>4,13</sup> A associação inversa com o uso de preservativo pode ser explicada pela possibilidade de presos que não usam ou usam às vezes serem casados ou com relação estável.<sup>4</sup> Em estudo realizado em 14 presídios na Austrália, a disponibilidade de preservativos reduziu significativamente a incidência de ISTs e possibilitou o controle da transmissão da sífilis.<sup>12</sup>

A PPL é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como população chave para transmissão do HIV e outras ISTs. A meta proposta pela OMS é a testagem de pelo menos 90% da PPL para HIV até 2020 e recomenda que seja realizada testagem conjunta para sífilis, hepatite B e C.<sup>28</sup> As Equipes de Saúde Prisional encontram dificuldades para a realização das testagens na porta de entrada do sistema prisional que incluem a organização do sistema judiciário, monitoramento eletrônico e transferências ou liberações rápidas, além da recusa individual do preso. Para que as metas sejam alcançadas serão necessárias novas tecnologias e recursos financeiros adequados.<sup>26</sup>

#### Estudos realizados com presos prestes a serem libertados e egressos do sistema prisional

Foram realizados dois estudos com presos prestes a serem libertados e dois estudos com egressos do sistema prisional.<sup>14,17</sup>

Os estudos desenvolvidos com presos prestes a serem libertados encontrou prevalência de 3,7% de sífilis no Azerbaijão<sup>14</sup> e de 19,2% em prisões do Quirguistão.<sup>17</sup> Ambos estudos avaliaram também a prevalência de infecção pelo HIV, hepatite B e C e encontraram associação com o uso de drogas, principalmente opioides e drogas injetáveis.

Dois estudos semelhantes tinham como objetivo estimar as taxas de sífilis, clamídia e gonorreia entre egressos do

## Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



### TRABALHOS

sistema prisional dos Estados Unidos, um ano após a prisão ou liberação do encarceramento.<sup>15,16</sup> Um destes estudos, encontrou taxas significativamente maiores de ISTs, com taxas de sífilis de 19 a 32 vezes maior na PPL quando comparadas às taxas na população geral.<sup>15</sup> O segundo estudo identificou um risco relativo de 3,6 para sífilis quando comparado à população geral.<sup>16</sup> As maiores taxas foram encontradas nas mulheres e nos participantes de raça negra, com histórico de ISTs e encarceramento anterior.<sup>15,16</sup>

As altas taxas de sífilis e outras ISTs nos presos prestes a serem libertados e nos egressos representam uma oportunidade de grande impacto para redução das taxas de sífilis e outras ISTs em níveis populacionais.<sup>14,15,16,17</sup>

#### Sífilis nas mulheres privadas de liberdade

Referente à sífilis em mulheres, esta parece ser uma grande preocupação brasileira. Três dos quatro estudos foram desenvolvidos no Brasil, considerando principalmente a sífilis em gestante e sífilis congênita.<sup>10,11,20,24</sup>

Diferenças significativas foram encontradas em mulheres encarceradas quando comparadas com mulheres livres. Mulheres encarceradas tinham níveis mais baixos de escolaridade e a maioria vivia sem companheiro antes de ser presa. O tabagismo na gestação foi cinco vezes maior nas mulheres encarceradas e o abuso de álcool, três vezes maior. Outras diferenças significativas foram: maior proporção de gestação anterior, abortos, partos prematuros e recém-nascido pré-termo. O estudo também identificou que a qualidade do pré-natal é inferior nas gestantes privadas de liberdade. Nas mulheres privadas de liberdade, a prevalência estimada de sífilis na gravidez foi de 8,7%, a estimativa de transmissão da sífilis de mãe para filho foi de 66,7% e a incidência de sífilis congênita foi de 58,1 por 1.000 nascidos vivos; estes dados na população geral são 1,3%, 36,8% e 4,6 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente.<sup>20</sup> O Ministério da Saúde recomenda testagem para sífilis na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto ou aborto.<sup>27</sup>

Outro estudo brasileiro, encontrou uma prevalência de 25,2% de sífilis em internas de penitenciária feminina, associando a alta prevalência à situação conjugal, uso de drogas ilícitas, consumo de drogas antes das relações sexuais. Esta população é caracterizada por situação socioeconômica desfavorável, baixa escolaridade e renda.<sup>11</sup> Nos Estados Unidos, a prevalência de sífilis em instituição penal feminina foi de 1,1%, superior a população geral que é de 0,3%. A prevalência de sífilis em mulheres encarceradas é semelhante às taxas encontradas em homens encarcerados que fazem sexo com homens em Los Angeles.<sup>24</sup>

Mulheres egressas do sistema prisional brasileiro também foram avaliadas e a prevalência de sífilis foi 16,1%. A alta

prevalência foi associada à idade superior a 35 anos, cor branca, casadas ou em situação de união estável, nível de escolaridade elevado, evangélicas, sem vida sexual ativa, com múltiplos parceiros, que relatavam usar preservativo e drogas ilícitas.<sup>14</sup>

#### Artigos de Revisão

Dois artigos de revisão foram incluídos no estudo. O primeiro artigo foi desenvolvido na Suíça e discute doenças tropicais negligenciadas em populações privadas de liberdade, com foco em imigrantes. As doenças infecciosas mais prevalentes nestas populações foram HIV, hepatites B e C, tuberculose e sífilis. A sífilis continua sendo um problema de saúde pública nos países ocidentais e as taxas de ISTs são maiores entre os imigrantes do que na população geral. Altas prevalências podem refletir as taxas de morbidade nos países de origem ou ser resultado da exposição local a fatores de risco como a exclusão social relacionada as condições socioeconômicas, culturais e de compreensão da língua como também o perfil dos imigrantes que costuma ser de jovens, sexualmente ativos, que romperam relações afetivas ao deixar seu país de origem.<sup>19,29-30</sup>

O segundo artigo de revisão apresentou abordagens baseadas em evidências para triagem de ISTs em ambientes não clínicos nos Estados Unidos, incluindo instituições penais. A triagem de clamídia, gonorréia e sífilis encontrou uma baixa prevalência em homens e mulheres, com alto custo de testagem, discutindo a sustentabilidade de um programa de rastreamento para estas populações.<sup>14</sup>

#### CONCLUSÃO

Este estudo de revisão integrativa de literatura reforça informações de alta prevalência de sífilis na PPL e os principais fatores associados à esta condição. As limitações do estudo estão relacionadas à dificuldade de análise das prevalências, pois foram utilizadas técnicas distintas para o diagnóstico da sífilis. As ISTs apresentam-se de forma heterogênea nas prisões dos continentes, demonstrando maiores índices nos países da América Latina e na Ásia Central.

As altas prevalências estão associadas principalmente ao comportamento de risco, o que facilita a disseminação para a população geral. Questões de gênero demonstram que as mulheres são mais vulneráveis que os homens e que gestantes privadas de liberdade tem uma pior qualidade de pré-natal, o que resulta em taxas elevadas de sífilis congênita.

É de fundamental importância que a rede de serviços em que as equipes de atenção básica prisional estão incluídas tenham comunicação fluida entre si, propiciando troca de informações oportunas e continuidade de tratamentos de agravos à saúde. A comunicação da rede realizada de forma adequada evita a disseminação de doenças para a comuni-



## Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



### TRABALHOS

dade externa às instituições, como também promove o diagnóstico e tratamento precoces, minimizando os riscos de não tratamento ou reinfeção dentro das prisões. Presos prestes a serem libertados e egressos do sistema prisional também apresentam altas prevalências de sífilis, tornando-se populações-chave para o controle desta doença em níveis populacionais. O contato com o serviço de saúde de referência do apenado deve ser realizado e priorizado como importante estratégia de controle de ISTs na comunidade, através de ações conjuntas entre os serviços de saúde e o sistema jurídico/penitenciário. A responsabilização pela saúde do encarcerado e a coordenação do cuidado propiciam atendimentos mais organizados e efetivos, diminuindo com isso a carga de doenças infectocontagiosas, como no caso da sífilis adquirida e a sífilis congênita, melhorando os índices sanitários no interior das prisões e conseqüentemente, na comunidade em geral.

### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Sífilis. [Internet]. Brasília [citado 2018 set 8]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sifilis>
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle da IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. [Internet]. Brasília: 2017 [citado 2018 set 8]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvs>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017. [Internet]. Brasília: 2017 [citado 2018 set 8]. Disponível em: [file:///C:/Users/karin\\_722dyxd/OneDrive/C%3E81rea%20de%20Trabalho/Revisao%20integrativa%20sifilis%20PPL/boletim\\_sifilis\\_11\\_2017.pdf](file:///C:/Users/karin_722dyxd/OneDrive/C%3E81rea%20de%20Trabalho/Revisao%20integrativa%20sifilis%20PPL/boletim_sifilis_11_2017.pdf)
4. WHO. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2015. [Internet]. Geneva 2016 [citado 2018 set 8]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249553/9789241565301-eng.pdf;jsessionid=21FE3006FD65F5C8CD47B63AF159FAA6?sequence=1>
5. Reis CB, Bernardes EB. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. *Cien Saude Colet* 2011;16(7):3331-38. doi: 10.1590/S1413-81232011000800032
6. Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Pedrazza DF, Costa GMC. A atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para atuação de enfermagem. *Esc Anna Nery* 2014; 18(4):586-92. doi: 10.5935/1414-8145.20140083
7. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaletti C, Tatiana Y, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(2):335-45. doi: 10.1590/S0080-62342014000200020
8. Albuquerque ACC, Silva DM, Rabelo DCC, Lucena WAT, Lima PCS, Coelho MRCD, Tiago GGB. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014;19(7):2125-32. doi: 10.1590/1413-8123201419708602013
9. Ravlija J, Vasilij I, Marijanovic I, Vasilij M. Risk behaviour prison inmates in relation to HIV/STI. *Psychiatr Danub* 2014;26(2):395-401. [http://www.hdbp.org/psychiatria\\_danubina/pdf/dnb\\_vol26\\_sup2/dnb\\_vol26\\_sup2\\_395.pdf](http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol26_sup2/dnb_vol26_sup2_395.pdf)
10. Javanbakht M, Boudov M, Anderson LJ, Malek M, Smith LV, Chien M, Guerry S. Sexually transmitted infections among incarcerated women: findings from a decade of screening in a Los Angeles County Jail, 2002-2012. *Am J Public Health* 2014; 104(11):e103-9. doi: 10.2105/AJPH.2014.302186
11. Araújo TME, Araújo Filho ACA, Feitosa KVA. Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital do nordeste brasileiro. *Rev Eletronica Enferm* 17(4):1-11. doi: 10.5216/ree.v17i4.28898
12. Scott N, McBryde E, Kirwan U, Stoope M. Modelling the Impact of Condom Distribution on the Incidence and Prevalence of Sexually Transmitted Infections in an Adult Male Prison System. *PLoS One* 2015;10(12):e0144869. doi: 10.1371/journal.pone.0144869
13. Bautista-Arredondo S, Gonzáles A, Servan-Mori E, Beyon F, Juarez-Figueroa I, Conde-Glez CJ, Gras N, Serra Madero J, Lopez-Ridaura R, Volkow P, Bertozzi SM. A cross-sectional study of prisoners in Mexico City comparing prevalence of transmissible infections and chronic diseases with that in the general population. *PLoS One* 2015;10(7):e0131718. doi: 10.1371/journal.pone.0131718
14. Azbel L, Wickersham JA, Wegman MP, Polonsky M, Suleymanov H, Ismayilov R, Dvoryak S, Rotberga S, Altice FL. Burden of substance use disorders, mental illness, and correlates of infectious diseases among soon-to-be released prisoners in Azerbaijan. *Drug Alcohol Depend* 2015;1(151):67-75. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.02.034
15. Wiehe SE, Barai N, Rosenman MB, Aalsma MC, Scanlon ML, Fortenberry JD. Test positivity for chlamydia, gonorrhea, and syphilis infection among a cohort of individuals released from jail in Marion County, Indiana. *Sex Transm Dis* 2015;42(1):30-6. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000224
16. Wiehe SE, Rosenman MB, Aalsma MC, Scanlon ML, Fortenberry JD. Epidemiology of sexual transmitted infection among offenders following arrest or incarceration. *Am J Public Health*

## Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



### TRABALHOS

- 2015;105(12):e26-32. doi: 10.2105/AJPH.2015.302852
17. Azbel L, Polonsky M, Wegman M, Shumskaya N, Kurmanalieva A, Asanov A, Wickersham JA, Dvoriak S, Altice FL. Intersecting epidemics of HIV, HCV, and syphilis among soon-to-be released prisoners in Kyrgyzstan: Implications for prevention and treatment. *Int J Drug Policy* 2016;37:9-20. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.06.007
  18. Bernstein KT, Chow JM, Pathela P, Gift TL. Bacterial sexually transmitted disease screening outside the clinic—implications for the modern sexually transmitted disease program. *Sex Transm Dis* 2016;43(2Suppl):S42-S52. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000343
  19. Getaz L, da Silva-Santos L, Wolff H, Vitória M, Serre-Delcor N, Lozano-Becerra JC, Chappuis F, Albajar-Viñas P. Persistent infectious and tropical diseases in immigrant correctional population. *Rev Esp Sanid Penit* 2016;18:57-66. doi: 10.4321/S1575-06202016000200004
  20. Domingues RMSM, Leal MC, Pereira APE, Ayres B, Sánchez AR, Larouzé B. Prevalência de sífilis e infecção pelo HIV durante a gravidez em mulheres encarceradas e a incidência de sífilis congênita em nascimentos em prisões no Brasil. *Cad Saude Publica* 2017;33(11):e00183616. doi: 10.1590/0102-311x00183616
  21. Vasconcellos MTL, Silva AAM, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PBR, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa sobre o parto e nascimento. *Cad Saude Publica* 2014;30(Suppl 1):S48-58. doi: 10.1590/0102-311X00176013
  22. Leal MC, Ayres BV, Esteves-Pereira AP, Sánchez AR, Larouzé B. Nascimento na prisão: gravidez e parto atrás das grades no Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2016;21:2061-70. doi: 10.1590/1413-81232015217.02592016
  23. Bórquez C, Lobato I, Gazmuri P, Hurtado R, Ulanqui V, Vivanco M, Reyes T, Villanueva H, Salgado K, Martínez MA, Veja J. Prevalence of HIV, hepatitis B virus and *Treponema pallidum* in inmates in the Preventive Detention Center of Arica, Chile. *Rev Chilena Infectol* 2017;34(5):453-457. doi: 10.4067/S0716-10182017000500453
  24. Silva PAS, Gomes LA, Amorim-Gaudêncio C, Lima KPN, Medeiros LB, Nogueira JA. Sífilis em mulheres egressas do sistema prisional: prevalência e fatores associados. *Rev Rene* 2018; 19(1):e3321 doi: 10.15253/2175-6783.2018193321
  25. Abel S, Cuzin L, Da Cunha S, Bolivard JM, Fagour L, Miossec C, Pircher M, Thioune M, Csaire R, Cabine A. Reaching the WHO target of testing persons in jails in prisons will need diverse efforts and resources. *Plos One* 2018;13(3):e02022985 doi: 10.1371/journal.pone.0202985
  26. Organização Mundial da Saúde. AIDS em números de 2016. [Internet]. Geneva [citado 2018 set 24]. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_fr.pdf)
  27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. [Internet]. Brasília: 2018 [citado 2018 set 26]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
  28. Javanbakht M, Murphy R, Harawa N, et al. Sexually transmitted infections and HIV prevalence among incarcerated men who have sex with men, 2000–2005. *Sex Transm Dis* 2009;36(2 suppl):S17–S21. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31815e4152
  29. Távora-Távora L, Teodósio R, Seixas J, Prieto E, Castro R, Exposto F, Atouguia J. Sexually transmitted infections in the African migrant population in Portugal: a base-line study. *J Infect Dev Ctries* 2007;1(3):326–328. doi: 10.3855/jidc.372
  30. Tafuri S, Prato R, Martinelli D, Melpignano L, De Palma M, Quarto M, Germinario C. Prevalence of Hepatitis B, C, HIV and syphilis markers among refugees in Bari, Italy. *BMC Infect Dis* 2010;10:213. doi: 10.1186/1471-2334-10-213

## **2 ARTIGO II – DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL**

Revista: Jornal Brasileiro de Pneumologia, Revista da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Brasília, DF.

ISSN: 1806-3713

Qualis: B1 (interdisciplinar)

Artigo de Comunicação Breve

### **DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica Prisional**

#### **RESUMO**

Com o objetivo de levantar dados sobre ações de diagnóstico bacteriológico de tuberculose pulmonar na população privada de liberdade foi enviado um questionário eletrônico para 29 instituições penais do Rio Grande do Sul. O questionário foi respondido por Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) de 22 (75,86%) instituições. Baciloscopia de escarro foram realizadas por 18 (81,8%) EABp, cultura de escarro por 16 (72,7%) EABp, testes de sensibilidade por 10 (5,5%) e testes rápidos moleculares por 3 (13,6%) das equipes. Os resultados apresentam fragilidade nas ações de diagnóstico bacteriológico de tuberculose desenvolvidas pelas EABp refletindo a necessidade de capacitação das mesmas.

**Descritores:** Atenção Primária em Saúde; Diagnóstico; Estudos Transversais; Prisões; Tuberculose.

#### **ABSTRACT**

In order to collect data on bacteriological diagnosis of pulmonary tuberculosis in the population deprived of freedom, an electronic questionnaire was sent to 29 criminal institutions in Rio Grande do Sul. The questionnaire was answered by Prison Basic Attention Teams (EABp) of 22 (75.86%) institutions. Sputum smear microscopy was performed by 18

(81.8%) EABp, sputum culture by 16 (72.7%) EABp, sensitivity tests by 10 (5.5%) EABp and rapid molecular tests by 3 (13.6 %) EABp. The results show fragility in the actions of bacteriological diagnosis of tuberculosis developed by the EABp, reflecting the need for capacity building.

**Keywords:** Cross-sectional studies; Diagnosis; Primary Health Care; Prisons; Tuberculosis.

### 3 ARTIGO III - DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM PRISIONEIRO DO SUL DO BRASIL

Revista: *International Journal of Prisoner Health*, Emerald Publishing, England

ISSN: 1744-9200

CiteScoreTracker 2018: 1,19

Artigo de Pesquisa

#### DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM PRISIONEIRO DO SUL DO BRASIL

##### Resumo:

##### **Objetivos**

O objetivo desta pesquisa é identificar as prevalências de tuberculose, sífilis, HIV/Aids, hepatite B e hepatite C na População Privada de Liberdade do extremo sul do Brasil atendida por Equipes de Atenção Básica prisional.

##### **Metodologia**

Estudo transversal utilizando formulário eletrônico da Plataforma *LimeSurvey*, enviado por e-mail para as 29 instituições penais com Equipes de Atenção Básica Prisional implantadas no Rio Grande do Sul.

##### **Resultados**

Responderam o questionário 23 (79,3%) Equipes de Atenção Básica Prisional. Este estudo encontrou prevalência de 3.018 casos/100 mil habitantes de Tuberculose, 4.578 casos/100 mil habitantes de HIV, 9.759 casos/100 mil habitantes de sífilis, 291 casos/100 mil habitantes de Hepatite B e 2.570 casos/100 mil habitantes de Hepatite C.

##### **Limitações** (se aplicável)

Algumas equipes não dispõem de registro de dados sobre doenças infecciosas. Demora para retorno dos questionários, questionários incompletos e não respondidos configuram as limitações do estudo.

**Implicações práticas** (se aplicável): O controle das doenças infectocontagiosas na população privada de liberdade permite o controle da transmissão extramuros e proteção da população geral.

**Implicações sociais** (se aplicável): A saúde no sistema penal é responsabilidade do Estado, conhecer esta realidade permite ações baseadas em evidências.

##### **Originalidade**

Este artigo apresenta um diagnóstico situacional referente às doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade no sul do Brasil. Estas informações não estão disponíveis nos sistemas de informação oficiais.

**Palavras-chave:** População privada de liberdade; saúde prisional; doenças infectocontagiosas; tuberculose; sífilis; HIV, hepatite B; hepatite C.

**Tipo**

Artigo de pesquisa

#### **4 ARTIGO IV – ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL NO CONTROLE DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM PRISIONEIROS NO SUL DO BRASIL**

Revista: *PHYSIS* – Revista de Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro/ RJ.

ISSN: 1809-4481

Qualis B1 - Interdisciplinar

Artigo de Pesquisa

#### **RESUMO**

Com o objetivo de analisar as ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica Prisional para o controle das doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul, foi desenvolvido um estudo transversal. A metodologia incluiu um questionário on-line enviado por e-mail para as 29 instituições penais com Equipes de Atenção Básica Prisional, com informações sobre o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. O questionário foi respondido por 23 (79,3%) equipes e analisado por tipo de equipe. As Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I atendem o menor número de presos e desenvolvem poucas ações de controle de doenças infectocontagiosas na PPL. As Equipes de Atenção Básica Prisional tipo II atendem 88,89% da PPL contemplada com Unidades de Saúde Prisional, suas ações têm impacto maior devido à população atendida por estas equipes. As Equipes de Atenção Básica Prisional tipo III são em menor número, porém cada equipe atende um número maior de presos. Estas equipes permanecerem maior tempo na Unidade de Saúde Prisional e apresentam ações mais efetivas de controle das doenças infectocontagiosas. As ações de controle das doenças infectocontagiosas na PPL devem ser avaliadas por tipo de equipe, levando em consideração o seu contexto.

#### **Palavras-chave:**

**Palavras-chave:** População privada de liberdade; saúde prisional; doenças infectocontagiosas; tuberculose; sífilis; HIV, hepatite B; hepatite C.

**CAPÍTULO III**  
**CONCLUSÕES GERAIS**



### CONCLUSÕES GERAIS:

- O estudo aponta para realidades distintas nos diversos cenários que compõem a atenção básica em saúde prisional;
- O diagnóstico situacional identificou altas prevalências de doenças infectocontagiosas na PPL, sendo a sífilis a mais prevalente, seguida do HIV, tuberculose, hepatite C e hepatite B;
- Não é possível generalizar as EABp, pois as mesmas diferem nas ações realizadas de acordo com o tipo (EABp-I, EABp-II e EABp-III);
- Algumas EABp apresentam problemas de registro das ações realizadas, não dispõem de prontuário eletrônico e internet para transmissão de dados;
- Algumas EABp apresentam problemas referente à rotatividade e falta de profissionais de referência;
- O questionário *on-line* pode ser utilizado para o monitoramento e avaliação das doenças infectocontagiosas na PPL;
- Foram estabelecidas muitas parcerias com a gestão estadual da segurança e da saúde, almejando a continuidade dos trabalhos conjuntos.

**CAPÍTULO IV**  
**NOTA À IMPRENSA**

## NOTA À IMPRENSA



### Notícias

A Unisc

Ensino

Pesquisa

Extensão

Processo Seletivo

Serviços Online

Serviços Comunitários

Esporte

Cultura

Eventos

Notícias

## Mestranda do PPGPS apresenta trabalho durante evento em Porto Alegre

Publicado por: Josemar Santos

Publicado em: 10/12/2018



No dia 7 de dezembro, em evento realizado no Hospital Sanatório Partenon, em Porto Alegre, a mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Unisc (PPGPS), Karine Zenatti Ely, acompanhada por sua orientadora, Lia Gonçalves Possuelo, apresentou os resultados da pesquisa intitulada *Monitoramento e avaliação das doenças infectocontagiosas na população privada de liberdade do Rio Grande do Sul*.

Participaram do evento representantes da Coordenação Estadual da Atenção Básica, Coordenação Estadual do Programa de IST/Aids e da Coordenação do Programa Estadual de Tuberculose. A pesquisa teve como objetivo identificar a prevalência de tuberculose, HIV, sífilis e hepatites virais na população privada de liberdade de 29 instituições penais do Estado com Equipes de Atenção Básica Prisional implantadas.

Evidenciou-se prevalências dessas doenças muito superiores a população geral, o que resulta da alta vulnerabilidade de exposição. As prevalências encontradas no estudo com 1.5704 presos nos regimes fechado, semiaberto e aberto foram: 3,02% de tuberculose; 4,58% de HIV; 9,76% de sífilis; 0,34% de hepatite B e 3,86% de hepatite C. Identificou-se dificuldades inerentes ao trabalho em saúde prisional, as quais podem ser amenizadas pela organização nos fluxos de trabalho e educação permanente para os profissionais da saúde e segurança.

**CAPÍTULO V**  
**RELATÓRIO DE CAMPO**

## RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

O projeto tinha como objetivo realizar o monitoramento e avaliação das doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade (PPL) do Rio Grande do Sul. Este projeto surgiu de uma necessidade da gestão estadual, pois as Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) recebem financiamentos relevantes das esferas nacional e estadual. Não há relatórios ou dados oficiais referentes às ações desenvolvidas por estas equipes, e tampouco informações referentes às doenças infectocontagiosas mais prevalentes, a citar: HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. Algumas informações sobre a tuberculose estão disponíveis no SINAN e poucas equipes utilizam o e-SUS AB.

A proposta do questionário on-line (ANEXO H) surgiu a partir da articulação entre diversos segmentos: pesquisadores, gestão estadual dos Programas de Saúde Prisional, de Controle da Tuberculose, de IST/AIDS e Superintendência de Serviços Penitenciários (SUSEPE).

A intenção inicial era enviar o formulário para preenchimento quadrimestral, porém este planejamento não se efetivou devido à algumas dificuldades:

- 1) Ao encaminhar o formulário on-line por e-mail, algumas equipes sinalizaram que o link estava bloqueado. Foi necessário solicitar à superintendência, a liberação do link para as instituições penais.
- 2) Quase metade das equipes responderam prontamente o questionário após a liberação do *link* de acesso. Iniciou-se, então, o processo de busca ativa, por e-mail e telefone.
- 3) Várias equipes informaram não dispor de acesso à internet no local de trabalho, de forma que o questionário teria que ser preenchido em outro local e fora do horário de trabalho.
- 4) Os e-mails foram enviados com aviso de leitura, de forma que, aqueles não lidos, foram reenviados e foi contatado a coordenação estadual de saúde prisional para buscar outra forma de contato. Foram contatadas também as coordenações regionais de saúde prisional, informando sobre o projeto e solicitando auxílio para o preenchimento do questionário. Em algumas situações, os coordenadores estaduais solicitaram o preenchimento.
- 5) Os contatos telefônicos demandaram um tempo expressivo, pois dificilmente os profissionais das equipes de saúde prisional eram encontrados na instituição penal, isto se deve à carga horária que, nas equipes do tipo I, é de 6 horas semanais. Muitas

vezes, o técnico ou auxiliar de enfermagem atendia a ligação, mas informava que não poderia ajudar, que não tinha os dados solicitados, que o profissional enfermeiro tem alta rotatividade na função, tendo passado pela instituição mais de quatro profissionais no último ano e uma equipe relatou não ter profissionais de referência.

- 6) Alguns profissionais relataram que não tinham registro algum sobre os dados solicitados e que iriam preencher o questionário com “zero” nas perguntas que não sabiam, pois, as mesmas eram obrigatórias para avançar no questionário.
- 7) A pesquisa foi encerrada com um questionário avaliando o período de 01/01/2017 a 31/12/2017, preenchido por equipes de 23 (79%) instituições penais. Diante das dificuldades não houve tempo hábil para o envio quadrimestral do formulário. Desta forma, está planejado que seja enviado um formulário de avaliação do ano de 2018, no início de 2019.

Desta forma, o objetivo geral da dissertação foi reformulado a partir dos resultados alcançados, adequando-se ao momento da escrita. O diagnóstico situacional está apresentado nesta dissertação e o monitoramento e avaliação seguirá uma etapa posterior.

A pesquisa teve financiamento do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), por meio de submissão do projeto. A pesquisadora teve a oportunidade de participar da oficina estadual do PPSUS.

Financiamento da FAPERGS contribuiu para realização do “II WORKSHOP DA REDE SUL DE MICOBACTÉRIAS”, “II MOSTRA ESTADUAL DA ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL” e “IV ENCONTRO REGIONAL DE TUBERCULOSE” que ocorreu dias 22 e 23 de outubro na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e contou com palestrantes nacionais e 450 participantes. A pesquisadora também teve a oportunidade de apresentar os resultados preliminares da pesquisa.

No desenvolvimento da pesquisa, houve a oportunidade de participar de vários eventos, nacionais e internacionais, com destaque ao *Research Seminar: Tuberculosis in prisons population* que ocorreu em Campo Grande/MS e a pesquisadora foi convidada a apresentar o projeto de mestrado para pesquisadores internacionais, com vasto conhecimento na temática da tuberculose no sistema penal. Neste evento, foi oportunizada uma visita ao Presídio de Alta Segurança de Campo Grande, com a presença de pesquisadores brasileiros e pesquisadores da *Yale University and Satnford University*. Além do evento científico, a visita orientada proporcionou maior conhecimento e troca de saberes.

O trabalho interdisciplinar e intersetorial permitiu aproximação da SUSEPE, de forma que o Superintendente de Segurança Pública do estado, solicitou à equipe de pesquisadores auxílio

para capacitação dos servidores da segurança pública. Desta forma, pesquisadores participaram de diversas reuniões para o planejamento das capacitações e da primeira capacitação que ocorreu em Porto Alegre, com a participação de diversas autoridades estaduais.

O trabalho também foi reconhecido internacionalmente, com a publicação “Brazil. TB-free prisons in southern Brazil” no capítulo “Intensified research and innovation” da obra intitulada “Good practices in the prevention and care of tuberculosis and drug-resistant tuberculosis in correctional facilities” da Organização Mundial da Saúde com sede em Genebra (ANEXO I).

Desta forma, o projeto adquiriu maior visibilidade e possibilidades não planejadas, de forma que o produto final superou expectativas. Pretende-se dar continuidade ao trabalho por meio do projeto de doutorado.

**CAPÍTULO IV**  
**PERSPECTIVAS**



## **PERSPECTIVAS**

As informações levantadas neste estudo e relevância da temática apontam para a necessidade de continuidade da pesquisa. Como já relatado, existe a necessidade de monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde prisional no que se refere às doenças infectocontagiosas na PPL do Rio Grande do Sul.

O monitoramento e avaliação das doenças infectocontagiosas na PPL proporcionará um acompanhamento, através do tempo, do comportamento das doenças (tuberculose, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C) na PPL.

Identificou-se falhas de registro e ausência de fluxos de trabalho e informações. Pretende-se desenvolver uma sistematização do processo de trabalho, juntamente com as equipes de saúde prisional, proporcionando as mesmas, capacitações e atividades de educação permanente.

O desenvolvimento de um fluxo de trabalho, dará às equipes, melhores condições de trabalho, além de padronizar ações, como a transferência de apenados em tratamento, pois cada equipe faz de uma maneira diferente e muitas equipes relatam não receber as informações.

Existe ainda a possibilidade de desenvolvimento de um aplicativo para celular com orientações interativas para que as equipes possam realizar registros.

Além disso, as parcerias desenvolvidas com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Estadual de Segurança devem ser fortalecidas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 5-20, 1997. (Qualis B2)

AMARO, A.; PÓVOA, A.; MACEDO, L. *A arte de fazer questionários*. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto: Porto, 2005.

BARSAGLINI, R. A.; KEHRIG, R. T.; ARRUDA, M. B. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, out/dez. 2015. (Qualis B1)

BAXTER, S. et al. Interventions to improve contact tracing for tuberculosis in specific groups and in wider populations: an evidence synthesis. Southampton (UK): *NIHR Journals Library*, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0095387>>. Acesso em: 10 jul. 2017. (Fator de impacto 4.236)

BAZAZI, A. R. et al. HIV testing and awareness of HIV status among people who inject drugs in greater Kuala Lumpur, Malaysia. *AIDS Care*, p. 1-6, 2017. (Fator de Impacto 1.902)

BEYRER, C. et al. The Science of Durban, AIDS 2016. *Journal of the International AIDS Society*, Geneva, v. 20, n. 1, p. 1-7, jun. 2017. (Fator de impacto 1.350)

BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 337-350, abr/jun. 2014. (Qualis A2)

BOURDILLON, P. M. et al. Increase in tuberculosis cases among prisoners, Brazil, 2009-2014. *Emerging Infectious Diseases*, v. 23, n. 3, p. 496-499, 2017. (Qualis A1)

BRASIL. Lei de Execuções Penais. Lei n. 7.210 de 11 de julho de 1984. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 10.227, 13 jul. 1984. Seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm)> Acesso em: 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em: 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 29 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MS/MJ n. 1.777, de 09 de setembro de 2003. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 179, p. 39-43, 11 set. 2003. Seção 1. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/09/2003&jornal=1&pagina=39>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Material instrucional para capacitação em vigilância epidemiológica das Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 204, p. 48, 24 out. 2011a. Seção 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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, 2011b.

\_\_\_\_\_. 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, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria e Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Realização do teste rápido para HIV e Sífilis na Atenção Básica e aconselhamento em DST/AIDS (curso)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem estar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Portal Saúde. 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/567-sas-raiz/dapes/saude-no-sistema-prisional/14-saude-no-sistema-prisional/10545-direito-a-saude>>. Acesso em: 15 de jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MS/MJ n. 01, de 02 de janeiro de 2014. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 2, p. 18, 03 jan. 2014c. Seção 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html)>. Acesso

em: 21 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 482, de 1º de abril de 2014. *Diário Oficial* [da] *República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 63, p. 48, 02 abr. 2014d. Seção 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html)>. Acesso em: 21 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico - Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, n. 1, 2015a. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/\\_p\\_boletim\\_sifilis\\_2015\\_fechado\\_pdf\\_p\\_\\_18327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Hepatite C e coinfeções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. *Guia do Pré-Natal do parceiro para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Manual Técnico para Diagnóstico de Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico: Sífilis 2016*. Brasil: Ministério da Saúde, v. 47, n. 35, 2016c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico: Hepatites Virais*. Brasil: Ministério da Saúde, v. 5, n.1, 2016d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico: HIV/AIDS*. Brasil: Ministério da Saúde, v. 49, n.53, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN: Atualização – Junho de 2016*. Brasília: Ministério da Justiça, 2016f.

\_\_\_\_\_. *Justiça e Segurança Pública*. Brasília, 2017a. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 48, n. 8, 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. *Brasil Livre da Tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Hepatite B e coinfeções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Hepatite C e coinfeções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.741, de 12 de julho de 2017. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 133, p. 122, 13 jul. 2017f. Seção 1. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=122&data=13/07/2017>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRINHOSA, M. C. Interdisciplinaridade: possibilidades e equívocos. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 164-169, 2016. (Qualis B3)

BUSATTO, C. et al. Tuberculosis among prison staff in Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 2, p. 370-375, 2017. (Qualis B1)

CALLIYERIS, V. E.; LAS CASAS, A. L. A utilização do método de coleta de dados via internet na percepção dos executivos dos institutos de pesquisa de mercado atuantes no Brasil. *Interações*, Campo Grande, v. 13, n. 1, p. 11-22, jan/jun. 2012. (Qualis B1)

CASTRO, A. P. O. A crise no sistema penitenciário brasileiro. *Conteúdo Jurídico*. Brasília, DF: 24 maio 2017. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.589124&>>. Acesso em: 15 jun. 2017. (Qualis B4).

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. *Hepatitis C information for health professionals*. Atlanta-EUA, 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hepatitis/HCV/HCVfaq.htm>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

COELHO, H. C. *Presença dos vírus HBV e HCV e seus fatores de risco nos presidiários masculinos da Penitenciária de Ribeirão Preto*. 2008. 133f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-15052008-140503/pt-br.php>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

CORREA, M. E. et al. High prevalence of *Treponema pallidum* infection in Brazilian prisoners. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*: v. 10, n. 10, 2017. (Qualis A2)

DAMASCENO, L. M. S. et al. Potencialidades e limitações da coleta de dados através de pesquisa online. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO. *Anais do XVII SEMEAD*. São Paulo: FEA-USP, out. 2014.

DOTTA-PANICHI, R. M. *The right to health: women in prison and mental health*. 2014. 129f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2014.

FALEIROS, F. et al. Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. 1-6, 2016. (Qualis B1)

FINKLER, M. *Prevalência e fatores de risco associados à Hepatite B, Hepatite C e HIV em uma penitenciária do interior do Estado do Rio Grande do Sul – RS*. 2016. 67f. Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016.

FREITAS, R. S. et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma análise do seu processo de formulação e implementação. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 20, n. 1, p. 171-184, jan/jun. 2016. (Qualis B1)

GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 26-44, 1991. (Qualis A2)

HERRERO, M. B. et al., Social determinants of nonadherence to tuberculosis treatment in Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1883-1994, 2015. (Qualis A2)

HUMPHREYS, C. et al. An audit of hepatitis C services in a representative sample of English prisons, May, 2013. *The Lancet*, v. 382, n. 49, nov. 2013. (Qualis A1)

ICPS. International Centre for Prison Studies. World prison brief, 2014. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief>. Acesso em: 21 ago. 2017.

IGLECIAS, L. M. M. et al. Epidemiological study os hepaites B virus among prisoners with active tuberculosis in Central Brazil. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, v. 20, n. 11, p. 1509-1515, 2016. (Qualis A2)

JOVANOVIC, M. R. et al. Does the strategy of risk group testing for hepatitis C hit the target? *Frontiers in Pharmacology*, v. 8, n. 437, jun. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492802>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

KAMARULZAMAN, A. et al. Prevention os transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *The Lancet*, v. 388, n. 10049, jul. 2016. (Qualis A1)

KARLSSON, N. et al. Risk behavior determinants among people who inject drugs in

Stockholm, Sweden over a 10-year period, from 2002 to 2012. *Harm Reduction Journal*, v. 14, n. 1, p. 57-67, 2017. (Qualis A2)

KHALLOEI, A. et al. Pattern of substance use and related factors in male prisoners. *Addiction & Health*, v. 8, n. 4, p. 227-234, 2016. (Fator de impacto 0,654)

LERMEN, H. S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015. (Qualis B2)

MAERRAWI, I. E. I.; CARVALHO, H. B. Prevalence and risk factors associated with HIV infection, hepatitis and syphilis in a state prison São Paulo. *International Journal of STD & AIDS*, Geneva, v. 26, n. 2, p. 120-127, 2015. (Fator de impacto 1.350)

MAGRI, M. C. et al. Prevalence of hepatitis C virus in Brazil's inmate population: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, n. 42, p. 1-10, 2015. (Qualis B1)

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C. O Método PES: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MENDES, L. C. B.; CAPRARA, A. Interdisciplinary bachelor's degree in health: analysis of a new higher education curriculum in Brazil. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 719-731, 2012. (Qualis A2)

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2031.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017. (Qualis B1)

MIRANDA, A. E. *Análise epidemiológica da situação de saúde na população privada de liberdade no Brasil: dados de bases de informação*. 1. ed. Vitória: PROEX, 2015.

MPAWA, H. et al. Virological outcomes of antiretroviral therapy in Zomba central prison, Malawi: a cross-sectional study. *Journal of the International AIDS Society*, v. 20, n. 1, p. 1-5, 2017. (Qualis A1)

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Tuberculosis: Prevention, Diagnosis, Management and Service Organization. London, NICE (UK), 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0084427>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

O'CONNOR, E. A. et al. Behavioral Sexual Risk-Reduction Counseling in Primary Care to Prevent Sexually Transmitted Infections: An Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force Behavioral Counseling to Prevent STIs. *Annals of Internal Medicine*, v. 161, n. 12, p. 874-883, 2014. (Qualis A1)

OLIVEIRA, V. A. S.; GUIMARÃES, S. J. Saúde atrás das grades: o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário nos estados de Minas Gerais e Piauí. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 597-606, out/dez. 2011. (Qualis B1)

ORNELL, F. et al. Primary health care system structure in prisons of Rio Grande do Sul. *Sistema Penal e Violência*, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 107-121, jan/jun. 2016. (Qualis B5).

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita: avaliação intermediária. Washington-DC, 2013.

PAIÃO, D. S. G. et al. Impact of mass-screening on tuberculosis incidence in a prospective cohort of Brazilian prisoners. *BMC infectious diseases*, v. 16, n. 1, p. 533, 2016. (Qualis A1)

PALMATTER, N. E. et al. Association between universal hepatitis B prison vaccination, vaccine uptake and hepatitis B infection among people who inject drugs. *Addiction*, Northampton, jul. 2017. (Fator de impacto 5.789)

PESSONI, G. C. Rastreamento sorológico e epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite B em reeducandas do complexo prisional da região metropolitana de Goiás. 2010. 67 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/713>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

PINHEIRO, R. S. et al. Social determinants and self-reported tuberculosis: National Research by Household Sample, metropolitan areas, Brazil. Washington Dec. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 34, n. 6, p. 446-451, 2013. (Qualis B1)

PRASAD, B. M. et al. Status of tuberculosis services in Indian Prisons. *International Journal of Infectious Diseases*, Brookline, n. 56, p. 117-121, 2017. (Qualis B1)

PUGA, M. A. M. et al. Prevalence and incidence of HCV infection among prisoners in central Brazil. *PloS One*, v. 12, n. 1, p. e0169195, 2017. (Fator de impacto 2.806)

REIS, A. J et al. Recent transmission of drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* in a prison population in Southern Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 42, n. 4, p. 286-289, 2016. (Qualis B1)

RICH, J. D. et al. Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis. *The Lancet*, v. 388, n. 10049, jul. 2016. (Qualis A1)

RIO GRANDE DO SUL. Resolução CIB/RS nº 101/2006. Aprova a criação de Incentivo Estadual complementar ao Incentivo Federal para a implementação, na adesão dos municípios, de Equipes Municipais de Saúde Prisional nas unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. *Diário Oficial Estado Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS, n. 110 de 12 jun. 2006. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340816865\\_cibr101\\_06.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340816865_cibr101_06.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Resolução CIB/RS nº 54/2010. Alterar o valor anual do incentivo fixado no Artigo 3º da Resolução nº 101/06 – CIB/RS – Saúde Prisional. *Diário Oficial Estado Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS, n. 220 de 23 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170224/23102413-1340209490-cibr054-10.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Resolução CIB/RS nº 257/2011. Aprova a alteração do incentivo estadual para



habilitação de equipes municipais de saúde prisional. *Diário Oficial Estado Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS, n. 175 de 09 set. 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170219/23101913-1339535100-cibr257-11.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Resolução CIB/RS nº 453/2011. Aprova a alteração do repasse financeiro para despesas de investimento (construção, ampliação, equipamentos e material permanente), presente no artigo 2º da Resolução nº 257/11 – CIB/RS – Saúde Prisional. *Diário Oficial Estado Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS, n. 226 de 25 nov. 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170221/23102138-1340040328-cibr453-11.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. 1. ed. Porto Alegre, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. *Saúde prisional*. Apresenta informações gerais sobre a Política de Saúde Prisional, 2016a. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/saude-prisional>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2016-2019*. 1. ed. Porto Alegre, 2016b.

\_\_\_\_\_. SUSEPE. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Apresenta informações gerais sobre a instituição, 2018. Disponível em: <<http://www.susepe.rs.gov.br/capa.php>>. Acesso em: 30 dez 2018.

ROSA, F. et al. Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 8, n.5, p. 557-560, set/out. 2012. (Qualis B2).

RUA, M. G. *Políticas públicas*. 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

RUBENSTEIN, L. et al. HIV, prisoners, and human rights. *The Lancet*, v. 388, n. 10050, jul. 2016. (Qualis A1)

SACCHI, F. P. C. et al. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, Brazil. *Emerging infectious diseases*, v. 12, n. 3, p. 452-455, 2015. (Qualis A1)

SANT'ANNA, C. F.; CEZAR-VAZ M. R.; CARDOSO L.S. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, n. 3, p. 341-347, 2011.

SEYEDALINAGHI, S. et al. Prevalence and associated factors of HIV infection among male prisoners in Tehran, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, Tehran, v. 20, n. 6, p. 356-360, 2017. (Qualis B1)

SGARBI, R. V. E. *HIV na População Privada de Liberdade em Mato Grosso do Sul*. 2015. 68f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado e Doutorado) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2015. Disponível em: <<http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/MESTRADO-DOCTORADO-CIENCIAS->

SAUDE/revisao%20literatura\_Renata\_Julio%20entrega%20final%20pdf.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2017.

SGARBI, R. V. E. et al. A cross-sectional survey of HIV testing and prevalence in twelve Brazilian correctional facilities. *PloS One*, Califórnia, v. 10, n. 10, p. e0139487, 2015. (Fator de impacto 2.806)

SILVA, C. S. S. L.; KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. *Revista Pró-univerSUS.*, v. 7, n. 2, p. 30-33, 2016.

SNOW, K. J.; RICHARDS A. H.; KINNER, S. A. Use of multiple data source to estimate hepatitis C seroprevalence among prisoners: a retrospective cohort study. *PloS One*, Califórnia, v. 12, n. 07, jul. 2017. (Fator de impacto 2.806)

TELISINGHE, L. et al. HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, v. 388, n. 10050, jul. 2016. (Qualis A1)

TESTA, M. *Estrategia, Coherencia y Poder en las Propuestas de Salud — Parte I*. Cuadernos Médico Sociales. Rosario (38)4: 24, 1987.

UNAIDS BRASIL. Website institucional do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) no Brasil. Disponível em: <<http://unaids.org.br>>. Acesso em: 11 mai. 2017.

UNAIDS. *90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS*, 2015. Disponível em: <[http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf)>. Acesso em: 11 mai. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, UNA-SUS/UFMA. *Ações de Vigilância em Saúde e Atenção Básica frente às ISTs, HIV/Aids, sífilis e hepatites virais*. São Luís, 2017.

VALE, E. P.; CARVALHO, L. S.; PEREIRA, F. C.S. Soroprevalência do HIV na população privada de liberdade no Amapá. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 3, jul. 2016. (Qualis B2)

VALENÇA, M. S. et al. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7, p. 2147-2160, 2016. (Qualis B1)

VANJANI, R. On incarceration and health – reframing the discussion. *New England Journal of Medicine*: Boston, v. 376, n. 25, p. 2411-2413, 2017. (Qualis A1)

VELLOSO, M. P. et al. Interdisciplinaridade e formação na área da saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 257-271, jan/ago. 2016. (Qualis B1)

VIANA, J. R. A crise do sistema carcerário brasileiro. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, v. 15, n. 104, set. 2012. (Qualis B4)

WACHELKE, J. et al. Caracterização e avaliação de um procedimento de coleta de dados

Online (CORP). *Avaliação Psicológica*, Itatiba, v. 13, n. 1, p. 143-146, abr. 2014. (Qualis B1)

WESTERGAARD, R. P.; SPAULDING, A.C.; FLANIGAN, T. P. HIV among persons incarcerated in the US: a review of evolving concepts in testing, treatment and linkage to community care. *Current opinion in infectious diseases*, v. 26, n. 1, p. 10-16, 2013. (Fator de impacto 4.242)

WHO. World Health Organization. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infection*, Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/rag/en>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

WHO. World Health Organization. *The End Tb Strategy*, Geneva: WHO, 2015a. Disponível em: <[http://www.who.int/tb/End\\_TB\\_brochure.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1)>. Acesso em: 15 jun. 2017.

WHO, World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva: WHO, 2015b. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 16 jun. 2017.

WHO. World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV Testing Services 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection 2015 Geneva: WHO, 2015c. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0093180>>. Acesso em: 16 jul. 2017

WHO. World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations – 2016 Update. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0093515>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

WHO. World Health Organization. WHO Guidelines on Hepatitis B and C Testing. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0096180>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

WHO. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2018*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

WILDEMAN, C. et al. Mass incarceration, public health, and widening inequality in the USA. *The Lancet*, v. 389, n. 10077, apr. 2017. (Qualis A1)

**APÊNDICE A – Delegacias Regionais e Casas especiais do Rio Grande do Sul com capacidade e população em Março/2017**

Delegacias Regionais	Município Sede	Estabelecimentos Penais	Capacidade Engenharia	População Mar/2017
1ª DPR Vale dos Sinos e Litoral	Canoas	Instituto Penal de Canoas	109	82
		Instituto Penal de Montenegro	30	65
		Instituto Penal de Novo Hamburgo	239	281
		Instituto Penal de São Leopoldo	178	162
		Instituto Penal Masculino de Torres	Desativado	-
		PECAN I – Estância Velha	393	367
		Penitenciária Modulada Estadual de Montenegro	976	1494
		Penitenciária Modulada Estadual de Osório	650	1606
		Presídio Estadual de Taquara	78	154
		Presídio Feminino de Torres	78	86
2ª DPR Região Central	Santa Maria	Instituto Penal de Santa Maria	156	129
		Instituto Penal Monitoramento Eletrônico 2ª Reg.	112	80
		Penitenciária Estadual de Santa Maria	766	798
		Presídio Estadual de Agudo	58	99
		Presídio Estadual de Cacequi	36	41
		Presídio Estadual de Jaguarí	66	50
		Presídio Estadual de Julio de Castilhos	80	107
		Presídio Estadual de Santiago	64	154
		Presídio Estadual de São Francisco de Assis	54	56
		Presídio Estadual de São Sepé	58	52
		Presídio Estadual de São Vicente do Sul	22	48
		Presídio Regional de Santa Maria	265	273
3ª DPR Missões e Noroeste	Santo Ângelo	Instituto Penal de Ijuí	52	124
		Instituto Penal de Santo Ângelo	111	83
		Instituto Penal Monitoramento Eletrônico 3ª Reg.	9	4
		Penitenciária Modulada de Ijuí	466	637
		Presídio Estadual de Cerro Largo	48	82
		Presídio Estadual de Cruz Alta	90	214
		Presídio Estadual de Santa Rosa	196	277
		Presídio Estadual de Santo Cristo	36	36
		Presídio Estadual de São Luiz Gonzaga	138	148
		Presídio Estadual de Três Passos	114	201
		Presídio Regional de Santo Ângelo	167	253
4ª DPR Alto Uruguai	Passo Fundo	Instituto Penal de Passo Fundo	140	247
		Instituto Penal Monitoramento Eletrônico 4ª Reg.	81	65
		Penitenciária Estadual de Passo Fundo	Proj/const	-
		Presídio Estadual de Carazinho	132	245
		Presídio Estadual de Erechim	239	512
		Presídio Estadual de Espumoso	54	131
		Presídio Estadual de Frederico Westphalen	84	178
		Presídio Estadual de Getúlio Vargas	56	125
		Presídio Estadual de Iraí	90	85
		Presídio Estadual de Palmeira das Missões	48	157
		Presídio Estadual de Sarandi	69	153
		Presídio Estadual de Soledade	92	239
		Presídio Regional de Passo Fundo	307	682
5ª DRS Sul	Pelotas	Penitenciária Estadual de Rio Grande	448	930
		Presídio Estadual de Camaquã	94	219
		Presídio Estadual de Canguçu	38	86
		Presídio Estadual de Jaguarão	38	77
		Presídio Estadual de Santa Vitória do Palmar	48	79
		Presídio Regional de Pelotas	382	893
6ª DPR Campanha	Santana do Livramento	Instituto Penal de Bagé	108	48
		Instituto Penal de Uruguaiana	152	183
		Penitenciária Estadual de Sant. do Livramento	132	199

		Penitenciária Modulada Estadual de Uruguaiana	360	543
		Presídio Estadual de Alegrete	59	160
		Presídio Estadual de Caçapava do Sul	38	57
		Presídio Estadual de Dom Pedrito	143	160
		Presídio Estadual de Itaqui	78	101
		Presídio Estadual de Lavras do Sul	28	25
		Presídio Estadual de Quaraí	20	27
		Presídio Estadual de Rosário do Sul	40	78
		Presídio Estadual de São Borja	106	181
		Presídio Estadual de São Gabriel	142	168
		Presídio Regional de Bagé	260	291
7ª DPR	Caxias	Instituto Penal de Caxias do Sul	120	13
Serra	do Sul	Penitenciária Estadual de Caxias do Sul	432	568
		Presídio Estadual de Bento Gonçalves	96	251
		Presídio Estadual de Canela	60	154
		Presídio Estadual de Guaporé	54	132
		Presídio Estadual de Lagoa Vermelha	70	191
		Presídio Estadual de Nova Prata	58	98
		Presídio Estadual de São Francisco de Paula	40	130
		Presídio Estadual de Vacaria	96	262
		Presídio Regional de Caxias do Sul	298	631
8º DPR	Santa Cruz	Instituto Penal Monitoramento Eletrônico 8ª Reg.	242	230
Vale do	do Sul	Penitenciária Estadual de Venâncio Aires	529	543
Rio Pardo		Presídio Estadual de Arroio do Meio	28	49
		Presídio Estadual de Cachoeira do Sul	68	181
		Presídio Estadual de Candelária	40	66
		Presídio Estadual de Encantado	36	105
		Presídio Estadual de Encruzilhada do Sul	38	87
		Presídio Estadual de Lajeado	122	330
		Presídio Estadual de Rio Pardo	32	65
		Presídio Estadual de Sobradinho	90	125
		Presídio Estadual Feminino de Lajeado	73	17
		Presídio Regional de Santa Cruz do Sul	166	304
9ª DPR	Charquea-	Colônia Penal Agrícola - Charqueadas	244	142
Carbonífera	Das	Instituto Penal de Charqueadas	150	140
		Instituto Penal de Gravataí	60	68
		Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	288	246
		Penitenciária Estadual de Arroio dos Ratos	672	785
		Penitenciária Estadual de Charqueadas	336	629
		Penitenciária Estadual de Guaíba	Proj/const	-
		Penitenciária Estadual do Jacuí - Charqueadas	1372	2314
		Penitenciária Estadual Feminina de Guaíba	432	284
		Penitenciária Modulada Estadual de Charqueadas	976	1322
		Presídio Estadual de São Jerônimo	50	95
9ª DPR		Instituto Penal Feminino - POA	96	75
Casas		Instituto Penal Pio Buck	-	-
Especiais		Instituto Psiquiátrico Forense - Porto Alegre	441	170
		Instituto Penal Irmão Miguel Dario - POA	168	100
		Patronato Lima Drummond - POA	76	70
		Cadeia Pública de Porto Alegre	1824	4549
		Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier	239	252
		Instituto Penal Monitoramento Eletrônico Região Metropolitana	1958	1087

Fonte: Adaptado de RIO GRANDE DO SUL, 2017.

## ANEXO A – Modalidades de Equipes de Atenção Básica Prisional

### Modalidades

- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I (EABp-I)** (classificação CNES 50) – formada por 5 profissionais, sendo as mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal), com carga horária de seis horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I com Saúde Mental (EABp-I com Saúde Mental)** (classificação CNES 51) – formada por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental e dois profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de seis horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II (EABp-II)** (classificação CNES 52) – formada por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psicólogo, um assistente social e um profissional escolhido entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de 20 horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II com Saúde Mental (EABp-II com Saúde Mental)** (classificação CNES 53) – formada por 11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 20 horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo III (EABp-III)** (classificação CNES 54) – formada por 11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 30 horas semanais.

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC

#### Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – PPGPS

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

### Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “**Monitoramento e avaliação de doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul**”, que está sob a responsabilidade do pesquisadora Karine Zenatti Ely, contatos: (51) 3713-1011 e (54) 9.9117-1771 e / e-mail: karineely@saude.rs.gov.br e está sob a orientação da Professora Doutora Lia Gonçalves Possuelo, contato e-mail: liapossuelo@unisc.br . Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, você somente precisa clicar em sim. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa intitulada pesquisa “**Monitoramento e avaliação de doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul**” tem como objetivo geral desenvolver um processo de monitoramento e avaliação das doenças infectocontagiosas na população privada de liberdade do Rio Grande do Sul, a partir de um questionário *on-line*.

A coleta de dados se dará pela participação voluntária e anônima dos entrevistados por meio de um questionário contendo 105 questões sobre a caracterização da tuberculose, HIV/AiDS e hepatites virais na população privada de liberdade, infraestrutura da unidade de saúde prisional, rede e fluxos estabelecidos, afim de mensurar as características mais significativas e que privilegiem alcançar o objetivo geral da pesquisa.

Os possíveis riscos a que os participantes estão suscetíveis podem ocorrer pelo cansaço físico e disponibilidade de tempo para o preenchimento. Alguns participantes poderão se sentir constrangidos por não ter em mãos os dados solicitados e outros terão dificuldades para preencher o questionário por não terem disponibilidade de *internet* na unidade de saúde prisional.

O resultado da pesquisa poderá embasar a Política de Saúde Prisional do estado do Rio Grande do Sul e das Coordenadorias Regionais de Saúde para construção dos planos de saúde municipais, regionais e estadual e contribuir para gestão da política de saúde e tomada de decisão referente às doenças infectocontagiosas na população privada de liberdade.

**As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de questionário eletrônico, ficarão armazenados em**

**pastas arquivos (físicas ou virtuais) sob a responsabilidade da pesquisadora Karine Zenatti Ely, pelo período mínimo de 5 anos.**

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelo pesquisador principal. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Este questionário foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil com “Certificado de Apresentação para Apreciação Ética” – CAAE Nº: 69931417.0.0000.5343.

Pesquisadora: Karine Zenatti Ely mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção Da Saúde (PPGPS/UNISC).

---

Nome completo e legível do participante

---

Assinatura do participante

---

Local e data



## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA DINÂMICA DE TRANSMISSÃO E DAS ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO PRISIONAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Pesquisador:** Lia Gonçalves Possuelo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 69931417.0.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.170.472

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

#### **Recomendações:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
 Bairro: Universitario CEP: 96.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.170.472

apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_944816.pdf	05/07/2017 15:41:14		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaolacen.pdf	05/07/2017 15:40:03	Lia Gonçalves Possuelo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaosaudeprisonalsesrs.pdf	05/07/2017 15:30:27	Lia Gonçalves Possuelo	Aceito
Orçamento	orcamentop1v2.pdf	05/07/2017 15:29:24	Lia Gonçalves Possuelo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/07/2017 15:25:13	Lia Gonçalves Possuelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	16/06/2017 09:28:29	Lia Gonçalves Possuelo	Aceito
Outros	instrumentosdecoletadedados.pdf	16/06/2017 09:24:02	Lia Gonçalves Possuelo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPPSUSplataformabrasil.pdf	16/06/2017 09:20:45	Lia Gonçalves Possuelo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.170.472

SANTA CRUZ DO SUL, 12 de Julho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Renato Nunes**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
**Bairro:** Universitario **CEP:** 96.815-900  
**UF:** RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL  
**Telefone:** (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

## **ANEXO D – Normas da Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**

### **Diretrizes para Autores**

O envio do artigo poderá ser em português, inglês ou espanhol e poderão ser aceitos a critério do Conselho Editorial. Os autores têm a responsabilidade de declarar conflitos de interesse financeiros e outros, bem como agradecer todo o apoio financeiro ao estudo. Após a aprovação da versão final do manuscrito será solicitado aos autores a versão em inglês, caso haja interesse em publicação em língua inglesa.

A Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção não aplica taxas de submissão, publicação ou de qualquer outra natureza em seus processos, sendo um veículo científico voltado à comunidade científica.

Os manuscritos recebidos pela RECI são submetidos à ferramenta de comparação de texto Similarity Check, distribuída pelo iThenticate. A revista condena práticas antiéticas e parte da premissa que os autores garantem a originalidade do documento e quando fizerem uso de informações de outros autores que elas sejam citadas e referenciadas corretamente. Assim sendo, é possível que os autores recebam questionamentos durante o processo de avaliação do trabalho submetido, referente às possíveis não conformidades apontadas pela ferramenta utilizada.

Caso más práticas sejam confirmadas, o(s) autor (es) envolvidos receberão o aviso de rejeição e arquivamento do trabalho.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados.
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica.
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise.
- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas.
- STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia.
- RATS checklist para estudos qualitativos.

### **Formato dos manuscritos:**

**1. Folha de rosto** (enviar arquivo separado do manuscrito)

**Título:** O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Deve ser enviado em português e inglês.

**Autor(es):** O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es), afiliação de cada autor. Do autor correspondente solicita-se endereço, fone e e-mail.

Ex.:Joana da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

## **2. Itens do Texto completo**

### **Título**

O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Deve ser enviado em português, inglês e espanhol.

### **Resumo**

Contendo respectivos Abstract (inglês) e Resumen (espanhol).

Artigos originais: Deverão conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada com as seguintes seções: Justificativa e Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão.

Artigos de revisão: Deverá conter no máximo 250 palavras. Destacando Justificativa e Objetivos, Conteúdo e Conclusão.

### **Descritores (Palavras-chave)**

Para todos os artigos, indicar de três a cinco Descritores. Recomenda-se a seleção dos descritores a partir do DeCS (Descritores em Ciência da Saúde da Bireme), disponível em <http://decs.bvs.br/>. Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos.

### **Abstract e Resumen**

Artigos originais: Versão fidedigna do Resumo, em inglês e espanhol, com no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada com as seguintes seções: inglês = Background and Objectives, Methods, Results e Conclusion; espanhol = Justificación y objetivos, Métodos, Resultados e Conclusiones.

Artigos de revisão: Versão fidedigna do Resumo, em inglês e espanhol, com no máximo 250 palavras. Destacando as seguintes seções: inglês = Background and Objectives, Contents e Conclusion; espanhol = Justificación y objetivos, Contenido e Conclusiones.

### **Keywords**

Para todos os artigos, indicar de três a cinco Keywords, com a versão em inglês dos Descritores usados no Resumo, recomenda-se a utilização do DeCS – Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

**Palabras clave**

Para todos os artigos, indicar de três a cinco Palavras chave, com a versão em português dos Descritores usados no Resumo, recomenda-se a utilização do DeCS – Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

**Texto**

ARTIGOS ORIGINAIS: deverão ser divididos em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos e Referências. A informação referente ao nº do processo do Comitê ou Comissão de Ética da Instituição deverá constar nos Métodos. Deverão ter no máximo 4.000 palavras. Artigos originais deverão ainda conter no mínimo 10 e no máximo 25 referências. Poderão ser apresentadas no máximo 5 figuras e/ou tabelas que devem estar apresentadas no meio do texto.

ARTIGOS DE REVISÃO: deverão ser divididos em Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, Conclusão, Agradecimentos e Referências. Os artigos de revisão deverão ter no mínimo 30 e no máximo 40 referências atuais, dos últimos 5 anos.

As COMUNICAÇÕES BREVES, RELATOS DE EXPERIÊNCIA, NOTÍCIAS E CARTAS AO EDITOR deverão ter no máximo 900 palavras e 10 referências.

As IMAGENS DESTAQUE e QUAL O SEU DIAGNÓSTICO deverão ter no máximo 500 palavras, duas figuras, e no máximo 10 referências.

**Referências:**

A RECI adota as “Normas de Vancouver”, disponível em <http://www.icmje.org>, como referência para aveiculação de seus trabalhos, para as abreviações de revistas buscar no Index Medicus/MedLine.

É INDISPENSÁVEL QUE PELO MENOS 40% DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SEJAM INTERNACIONAIS PUBLICADAS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.

DOI - Digital Object Identifier

É um padrão para identificação de documentos em redes de computadores, como a Internet. Este identificador, composto de números e letras, é atribuído ao objeto digital para que este

seja unicamente identificado na Internet. Utiliza o padrão ISO (ISO 26324).O sistema DOI fornece uma infra-estrutura técnica e social para o registro e uso de identificadores persistentes interoperáveis, chamado DOIs, para uso em redes digitais.

**O AUTOR TEM A RESPONSABILIDADE DE INFORMAR NAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O DOI DE TODAS AS REFERÊNCIAS QUE O APRESENTAREM.**

Ex.: Almeida MF, Facchini LA, Portela LE. EDITORIAL. Rev Bras Epidemiol 2012; 15 (4): 691-693. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400001>.

As referências devem ser dispostas no texto em ordem sequencial numérica, sendo obrigatória a sua citação, sobrescrita e sem parêntesis sempre no final do devido parágrafo após o ponto final, 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: 7,10-16). Evitar a citação do nome do autor em destaque no texto.

As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os três primeiros autores, seguidos da expressão et al. para os demais.

Não se recomenda a citação de trabalho não publicado ou apresentado em eventos científicos. Referências com mais de cinco anos, de livros texto e resumo de congressos, devem limitar-se às que são fundamentais. Incluir referências acessíveis aos leitores. Quando a citação for de artigo já aceito para publicação, incluir “em processo de publicação”, indicando a revista e o ano. Comunicações pessoais não são aceitas.

**A EXATIDÃO DAS REFERÊNCIAS CONSTANTES NA LISTAGEM E A CORRETA CITAÇÃO NO TEXTO SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.**

Observe alguns exemplos:

Artigos de periódicos

1. Posma DM, Bill D, Parker RJ, et al. Cardiac pace makers: current and future status. Curr Probl Cardiol 1999; 24 (2):341-420.

2. Maron KJ, Proud I, Krev B. Hypertrophic cardiomyopathy. *Ann Intern Med* 1996;124(4):980-3.

#### Volume com suplemento

3. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference. *Chest* 2004;126(Suppl 3):338S-40.

#### Número com suplemento

4. 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; 11 (2 Supl 1):159-67.

#### Em fase de impressão

5. 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

6. Doyle AC, (editor). *Biological mysteries solved*, 2nd ed. London: Science Press; 1991. p. 5-9.

#### Autoria institucional

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

8. 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.



9. Lachmann B, van Daal GJ. Adult respiratory distress syndrome: animal models, In: Robertson B, van GoldeLMG, (editors). Pulmonary surfactant. 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 1992. p. 635-63

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

10. 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

11. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11<sup>a</sup> 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

12. 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

13. Ministério da Saúde (BR). 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.

14. Casa Civil (BR). 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

15. 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>

16. Malta DC, Morais 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 [citado 2012 fev 6]; 20 (4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

17. Almeida MF, Facchini LA, Portela LE. EDITORIAL. Rev Bras Epidemiol [Internet] 2012 [citado 2015 mai 07] ; 15 (4): 691-693. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400001>

#### Teses e dissertações

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

19. 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.

#### Artigo com errata publicado:

20. Síndrome compartimental abdominal. Rev Bras Clin Med 2009;7(5):313-321. [errata em: Rev Bras Clin Med 2009; 7 (6): 360].

#### Tabelas e figuras:

É obrigatória a sua citação no texto. Enumerar em ordem sequencial numérica gráficos, figuras, tabelas e quadros em algarismos arábicos. Deverão conter título e legenda resumidos, no caso de figuras a legenda é embaixo. Tabelas, gráficos e quadros são titulados em cima. Usar fotos coloridas sempre que possível. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Sinais gráficos e siglas utilizados nas tabelas ou gráficos devem ter sua correlação mencionada no rodapé. A qualidade das figuras e gráficos é de responsabilidade dos autores.

Uso de recursos digitais:

Texto em formato DOC (padrão Winword); gráficos em barras ou linhas deverão ser encaminhados em formato DOC, fotos ou outras figuras deverão ser digitalizadas com resolução mínima de 300 DPI, em formato DOC. Todos os gráficos e as figuras deverão, obrigatoriamente, estar no corpo do texto. Títulos e legendas das ilustrações, devidamente numerados, devem estar no arquivo de texto. Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante a anexação de autorização expressa da editora ou do autor do artigo de origem.

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE):

Os pacientes têm direito à privacidade que não deve ser infringida, sem consentimento livre e esclarecido. A identificação de informação, incluindo iniciais dos nomes dos pacientes, número de registro do hospital, não deve ser publicada através de descrições no texto, fotografias ou qualquer outra modalidade, a menos que ela seja essencial para os propósitos científicos e o paciente (ou responsável) forneça o TCLE por escrito para publicação. O TCLE para esta finalidade exige que o paciente veja o manuscrito que será publicado.

Considerações Éticas

Ao relatar experimentos com seres humanos, indique se os procedimentos seguidos estão de acordo com os padrões éticos do Comitê responsável pela experimentação humana (institucional ou regional) e com as recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. O autor tem a responsabilidade de incluir, como documento suplementar, o parecer do comitê de ética reconhecido pelo CNS – Conselho Nacional de Saúde - para estudos de experimentação humana e animal;

Registro de ensaio clínico:

Ensaio clínico deverão ser registrados de acordo com orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) no endereço [www.who.int/ictrp/en/](http://www.who.int/ictrp/en/). A OMS considera ensaios clínicos inclusive ensaios preliminares (fase I), qualquer estudo que recrute prospectivamente sujeitos de pesquisa para serem submetidos a intervenções relacionadas à saúde (fármacos, procedimentos cirúrgicos, aparelhos, tratamentos comportamentais, dietas, modificações nos cuidados de saúde) com finalidade de avaliar os efeitos sobre desfechos clínicos (qualquer

variável biomédica ou relacionada à saúde, inclusive medidas farmacocinéticas e efeitos adversos). A RECI tem o direito de não publicar estudos clínicos que não estejam de acordo com estes e outros padrões éticos determinados por diretrizes internacionais.

#### Uso de Siglas:

Siglas ou acrônimos com até três letras deverão ser escritos com maiúsculas (Ex: DOU; USP; OIT). Em sua primeira aparição no texto, acrônimos desconhecidos serão escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes serão escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais serão escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (Ex: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra, ou seja, que incluam vogais e consoantes, serão escritas apenas com a inicial maiúscula (Ex: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente serão escritas como foram criadas (Ex: CNPq; UnB). Para siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se for largamente aceita; ou o uso da forma original destaca em itálico, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla. (Ex: OMS = Organização Mundial da Saúde; UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; MRPII = Manufacturing Resource Planning). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido próprio; é o caso de AIDS = síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual o Ministério da Saúde decidiu recomendar que seus documentos a reproduzam como se tratasse de nome de doença, ‘aids’, em letras minúsculas portanto. (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**

1º Os manuscritos são submetidos exclusivamente pelo cadastro no site: <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/index>.

Todos os autores e afiliações devem ser corretamente identificados no sistema no momento da submissão.

Após a submissão no sistema da RECI o manuscrito passa por uma primeira revisão e estará sujeito a pequenas correções ou modificações de padronização editorial, que não alterem o estilo do autor. Quando necessárias alterações, o manuscrito é encaminhado para o autor para as devidas alterações. Realizadas as alterações ele deverá ser enviado novamente pelo

sistema, caso contrário, será finalizado o processo de submissão e o manuscrito será arquivado. Quando não aceitos, os artigos serão devolvidos com a justificativa do editor.

2º Se aprovado sem necessidade de correções ou após o envio com as alterações o artigo é encaminhado para avaliação por pares. Caso o avaliador solicite alterações, será enviado ao autor um relatório com considerações para correção. Os autores deverão providenciar todas as informações e correções solicitadas, que devem estar marcadas no texto, utilizando cores diferentes ou sistemas eletrônicos de marcação de alterações, de maneira que essas modificações fiquem evidentes.

3º A versão corrigida passa por uma nova avaliação pelo conselho editorial, onde podem ser necessárias novas adequações. Se o artigo não precisar de alterações dos avaliadores, é comunicado o aceite e enviado para edição de texto. Após o envio por parte do autor do seu manuscrito corrigido, o mesmo será inserido no sistema constando como “artigo no prelo”.

4º Na próxima etapa o autor receberá o artigo para conferir as alterações feitas após edição de texto do editor, será o último momento para maiores correções. O prazo para avaliação da edição de texto do editor é de 5 dias.

5º Após a correção da edição de texto o artigo será encaminhado para a seção de Layout e voltará para o autor realizar a leitura de provas, neste momento somente é possível registrar erros tipográficos e de layout. Nessa etapa serão solicitadas as Declarações de Originalidade, de Responsabilidade e de Transferência de Direitos Autorais.

6º Após a leitura de provas e devidos ajustes o artigo em sua versão final é publicado na revista.

### **Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".

Os arquivos para submissão estão em formato .doc (desde que não ultrapasse os 10MB).

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

O texto está com espaçamento simples no resumo e 1,5 no corpo do trabalho; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção “Sobre” no site da revista RECI./submissions#authorGuidelines">Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.

A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação cega por Pares.

Os metadados deverão ser incluídos corretamente no sistema. Não havendo pendências em relação ao autor da submissão e aos demais colaboradores.

O autor tem a responsabilidade de incluir, como documento suplementar, o parecer do comitê de ética reconhecido pelo CNS – Conselho Nacional de Saúde - para estudos de experimentação humana e animal.

O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.

### **Declaração de Direito Autoral**

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.

### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

### **Licença Creative Commons**

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Disponibilidade para depósito: permite o depósito das versões pré-print e pós-print de um artigo

Hospital Santa Cruz

Núcleo de Epidemiologia Hospitalar/Comissão de Controle de Infecção

Rua Fernando Abott, 174

Santa Cruz do Sul - RS - Brasil

## **ANEXO E – Normas do Jornal Brasileiro de Pneumologia**

### **Instruções Redatoriais**

#### **INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

O Jornal Brasileiro de Pneumologia (J Bras Pneumol) ISSN-1806-3713, publicado bimestralmente, é órgão oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia destinado à publicação de trabalhos científicos referentes à Pneumologia e áreas correlatas.

Todos os manuscritos, após aprovação pelo Conselho Editorial serão avaliados por revisores qualificados, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento.

Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso. Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês. Na versão eletrônica do Jornal ([www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br), ISSN-1806-3756) todos os artigos serão disponibilizados tanto numa versão em língua latina como também em inglês. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

O Jornal Brasileiro de Pneumologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Dentro desse contexto, o Jornal Brasileiro de Pneumologia adota a definição de ensaio clínico preconizada pela OMS, que pode ser assim resumida: "qualquer pesquisa que prospectivamente designe seres humanos para uma ou mais intervenções visando avaliar seus efeitos em desfechos relacionados à saúde. As intervenções incluem drogas, células e outros



produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, radiológicos, dispositivos, terapias comportamentais, mudanças de processos de cuidados, cuidados preventivos, etc".

## **CRITÉRIOS DE AUTORIA**

A inclusão de um autor em um manuscrito encaminhado para publicação só é justificada se ele contribuiu significativamente, do ponto de vista intelectual, para a sua realização. Fica implícito que o autor participou em pelo menos uma das seguintes fases: 1) concepção e planejamento do trabalho, bem como da interpretação das evidências; 2) redação e/ou revisão das versões preliminares e definitiva; e 3) aprovou a versão final.

A simples coleta e catalogação de dados não constituem critérios para autoria. Igualmente, não devem ser considerados autores, auxiliares técnicos que fazem a rotina, médicos que encaminham pacientes ou interpretam exames de rotina e chefes de serviços ou departamentos, não diretamente envolvidos na pesquisa. A essas pessoas poderá ser feito agradecimento especial.

Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Com exceção de trabalhos considerados de excepcional complexidade, a revista considera 8 o número máximo aceitável de autores. No caso de maior número de autores, enviar carta a Secretaria do Jornal descrevendo a participação de cada um no trabalho.

## **APRESENTAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS**

Os manuscritos deverão ser obrigatoriamente encaminhados via eletrônica a partir do sistema de submissão ScholarOne: <https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpneu-scielo>. As instruções e o processo de submissão estão descritos abaixo.

O formulário de transferência de direitos autorais deve ser assinado a caneta por todos os autores e deve ser carregado como um arquivo complementar assim que o manuscrito for enviado. O modelo disponível aqui: Declaração de Conflito de Interesse

Pede-se aos autores que sigam rigorosamente as normas editoriais da revista, particularmente no tocante ao número máximo de palavras, tabelas e figuras permitidas, bem como às regras para confecção das referências bibliográficas. A não observância das instruções redatoriais implicará na devolução do manuscrito pela Secretaria da revista para que os autores façam as correções pertinentes antes de submetê-lo aos revisores.

Instruções especiais se aplicam para a confecção de Suplementos Especiais e Diretrizes e devem ser consultadas pelos autores antes da confecção desses documentos na homepage do jornal.

A revista reserva o direito de efetuar nos artigos aceitos adaptações de estilo, gramaticais e outras.

Com exceção das unidades de medidas, siglas e abreviaturas devem ser evitadas ao máximo, devendo ser utilizadas apenas para termos consagrados. Estes termos estão definidos na Lista de Abreviaturas e Acrônimos aceitos sem definição. Clique aqui (Lista de Abreviaturas e Siglas). Quanto a outras abreviaturas, sempre defini-las na primeira vez em que forem citadas, por exemplo: proteína C reativa (PCR). Após a definição da abreviatura, o termo completo não deverá ser mais utilizado. Com exceção das abreviaturas aceitas sem definição, elas não devem ser utilizadas nos títulos e evitadas no resumo dos manuscritos se possível. Ao longo do texto igualmente evitar a menção ao nome de autores, dando-se sempre preferência às citações numéricas apenas.

Quando os autores mencionarem qualquer substância ou equipamento incomum, deverão incluir o modelo/número do catálogo, o nome da fabricante, a cidade e o país, por exemplo:  
"... esteira ergométrica (modelo ESD-01; FUNBEC, São Paulo, Brasil)..."

No caso de produtos provenientes dos EUA e Canadá, o nome do estado ou província também deverá ser citado; por exemplo:  
"... tTG de fígado de porco da Guiné (T5398; Sigma, St. Louis, MO, EUA) ..."

## **PREPARO DO MANUSCRITO**

	Artigo Original	Artigo de Revisão / Atualização	Ensaio Pictórico	Comunicação Breve	Carta ao Editor	Correspondência	Imagens em Pneumologia
N.º máximo de autores	8	5	5	5	5	3	3
Resumo	250 com estrutura	250 sem estrutura	250 sem estrutura	100 sem estrutura	não tem resumo	não tem resumo	não tem resumo
N.º máximo de palavras	3.000	5.000	3.000	1.500	1000	500	200
N.º máximo de referências	40	60	30	20	10	3	3
N.º de tabelas e figuras	6	8	12	2	1	-	3

Não aceitamos Relatos de Caso.

**Página de identificação (Title page):** ela deve conter o título do trabalho, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, instituições a que pertencem, endereço completo, inclusive telefone, celular e e-mail do autor principal, e nome do órgão financiador da pesquisa, se houver. Essa página deve ser enviada como um arquivo a parte em Word, separado do manuscrito principal.

**Resumo:** Deve conter informações facilmente compreendidas, sem necessidade de recorrer-se ao texto, não excedendo 250 palavras. Deve ser feito na forma estruturada com: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Quando tratar-se de artigos de Revisão o resumo não deve ser estruturado. Para Comunicações Breves não deve ser estruturado nem exceder 100 palavras.

**Abstract:** Uma versão em língua inglesa, correspondente ao conteúdo do Resumo deve ser fornecida.

**Descritores e Keywords:** Deve ser fornecido de três a seis termos em português e inglês, que definam o assunto do trabalho.

**CONTEÚDO DO ARTIGO:**

**Artigos originais:** O texto deve ter entre 2000 e 3000 palavras, excluindo referências e tabelas. Deve conter no máximo 6 tabelas e/ou figuras. O número de referências bibliográficas não deve exceder 40. A sua estrutura deve conter as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos e Referências. A seção Métodos deverá conter menção a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais, ligados a Instituição onde o projeto foi desenvolvido. Nessa seção também deve haver descrição da análise estatística empregada, com as respectivas referências bibliográficas. Ainda que a inclusão de subtítulos no manuscrito seja aceitável, o seu uso não deve ser excessivo e deve ficar limitado às sessões Métodos e Resultados somente.

**Revisões e Atualizações:** Serão realizadas somente a convite do Conselho Editorial. O texto não deve ultrapassar 5000 palavras, excluindo referências e tabelas. O número total de ilustrações e tabelas não deve ser superior a 8. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 60.

**Ensaio pictórico:** Serão igualmente realizados a convite, ou após consulta dos autores ao Conselho Editorial. O texto não deve ultrapassar 3000 palavras, excluindo referências e tabelas. O número total de ilustrações e tabelas não deve ser superior a 12 e as referências bibliográficas não devem exceder 30.

**Comunicações Breves:** O texto não deve ultrapassar 1500 palavras, excluindo as referências e tabelas. O número total de tabelas e/ou figuras não deve exceder 2 e o de referências bibliográficas 20. O texto deverá ser confeccionado de forma corrida.

**Cartas ao Editor:** Devem ser contribuições originais contendo resultados preliminares, não ultrapassando 1000 palavras e com não mais do que 10 referências bibliográficas e 1 tabela e/ou figura.

**Correspondência:** Serão consideradas para publicação comentários e sugestões relacionadas a matéria anteriormente publicada, não ultrapassando 500 palavras no total.

Imagens em Pneumologia: o texto deve ser limitado ao máximo de 200 palavras, incluindo título, texto e até 3 referências. É possível incluir até o máximo de 3 figuras, considerando-se que o conteúdo total será publicado em apenas uma página.

**Tabelas e Figuras:** Tabelas e gráficos devem ser apresentados em preto e branco, com legendas e respectivas numerações impressas ao pé de cada ilustração. As tabelas e figuras devem ser enviadas no seu arquivo digital original, as tabelas preferencialmente em arquivos Microsoft Word e as figuras em arquivos JPEG acima de 300 dpi. Fotografias de exames, procedimentos cirúrgicos e biópsias onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais serão consideradas para impressão colorida, sem custo adicional aos autores. As grandezas, unidades e símbolos devem obedecer às normas nacionais correspondentes (ABNT: <http://www.abnt.org.br>).

**Legendas:** Legendas deverão acompanhar as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a suas citações no texto. Além disso, todas as abreviaturas e siglas empregadas nas figuras e tabelas devem ser definidas por extenso abaixo das mesmas.

**Referências:** Devem ser indicadas apenas as referências utilizadas no texto, numeradas com algarismos arábicos e na ordem em que foram citadas. A apresentação deve estar baseada no formato Vancouver Style, atualizado em outubro de 2004, conforme os exemplos abaixo. Os títulos dos periódicos citados devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine disponibilizados no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/loftext.noprov.html>.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima desse número, cite os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

### **Exemplos:**

#### Artigos Originais

1. Neder JA, Nery LE, Castelo A, Andreoni S, Lerario MC, Sachs AC et al. Prediction of metabolic and cardiopulmonary responses to maximum cycle ergometry: a randomized study. *Eur Respir J.* 1999;14(6):1204-13.

### Resumos

2. Singer M, Lefort J, Lapa e Silva JR, Vargaftig BB. Failure of granulocyte depletion to suppress mucin production in a murine model of allergy [abstract]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161:A863.

### Capítulos de Livros

3. Queluz T, Andres G. Goodpastures syndrome. In: Roitt IM, Delves PJ, editors. *Encyclopedia of Immunology*. 1st ed. London: Academic Press; 1992. p. 621-3.

### Publicações Oficiais

4. World Health Organization. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis. WHO/Tb, 1994;178:1-24.

### Teses

5. Martinez TY. Impacto da dispnéia e parâmetros funcionais respiratórios em medidas de qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com fibrose pulmonar idiopática [thesis]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

### Artigos Publicados na Internet

6. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

### Homepages/Endereços Eletrônicos

7. Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

### Outras situações:

Na eventualidade do surgimento de situações não contempladas por estas Instruções Redatoriais, deverão ser seguidas as recomendações contidas em International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated October 2004. Disponível em <http://www.icmje.org/>.

Toda correspondência para a revista deve ser encaminhada para:

Prof. Dr. Rogerio Souza

Editor-Chefe do Jornal Brasileiro de Pneumologia

SCS Quadra 01, Bloco K, Salas 203/204 - Ed. Denasa. CEP: 70.398-900 - Brasília - DF

Telefones/Fax: 0xx61-3245-1030, 0xx61-3245-6218

Email do Jornal Brasileiro de Pneumologia:

[jpneumo@jornaldepneumologia.com.br](mailto:jpneumo@jornaldepneumologia.com.br) (Assistente Editorial Luana Campos)

## **ANEXO F – Normas do International Journal of Prisoners Health**

### Author Guidelines

#### Submit to *IJPH*

Submissions to *International Journal of Prisoner Health* are made using ScholarOne Manuscripts, the online submission and peer review system. Registration and access is available at <http://mc.manuscriptcentral.com/ijph>.

For information and guidance on using ScholarOne Manuscripts, go to the ScholarOne help pages: <http://mchelp.manuscriptcentral.com/gethelpnow/>.

### **Registering on ScholarOne Manuscripts**

If you have not yet registered on ScholarOne Manuscripts, please follow the instructions below:

- Please log on to: <http://mc.manuscriptcentral.com/ijph>
- Click on Create Account
- Follow the on-screen instructions, filling in the requested details before proceeding
- Your username will be your email address and you have to input a password of at least 8 characters in length and containing two or more numbers
- Click Finish and your account has been created.

### **Submitting an article to International Journal of Prisoner Health on ScholarOne Manuscripts**

- Please log on to *International Journal of Prisoner Health* at <http://mc.manuscriptcentral.com/ijph> with your username and password. This will take you through to the Welcome page (To consult the Author Guidelines for this journal, click on the Home Page link in the Resources column)
- Click on the Author Centre button
- Click on the submit a manuscript link which will take you through to the Manuscript Submission page
- Complete all fields and browse to upload your article
- When all required sections are completed, preview your .pdf proof
- Submit your manuscript

### **Review Process**

Each paper is first reviewed by the editor and, if it is judged suitable for this publication, it is then sent to two referees for double blind peer review.

The editor reserves the right to make additional recommendations over and above the reviewers', and to make the final decision on each manuscript.

### Copyright



Articles submitted to the journal should not have been published before in their current or substantially similar form, or be under consideration for publication with another journal. Please see Emerald's originality guidelines for details. Use this in conjunction with the points below about references, before submission i.e. always attribute clearly using either indented text or quote marks as well as making use of the preferred Harvard style of formatting. Authors submitting articles for publication warrant that the work is not an infringement of any existing copyright and will indemnify the publisher against any breach of such warranty. For ease of dissemination and to ensure proper policing of use, papers and contributions become the legal copyright of the publisher unless otherwise agreed.

The editor may make use of iThenticate software for checking the originality of submissions received. Please see our press release for further details.

### Third party copyright permissions

**Prior to article submission, authors should clear permission to use any content that has not been created by them.** Failure to do so may lead to lengthy delays in publication. Emerald is unable to publish any article which has permissions pending. The rights Emerald requires are:

1. Non-exclusive rights to reproduce the material in the article or book chapter.
2. Print and electronic rights.
3. Worldwide English language rights.
4. To use the material for the life of the work (i.e. there should be no time restrictions on the re-use of material e.g. a one-year licence).

When reproducing tables, figures or excerpts (of more than 250 words) from another source, it is expected that:

1. Authors obtain the necessary **written** permission in advance from any third party owners of copyright for the use in print and electronic formats of any of their text, illustrations, graphics, or other material, in their manuscript. Permission must also be cleared for any minor adaptations of any work not created by them.
2. If an author adapts significantly any material, the author must inform the copyright holder of the original work.
3. Authors obtain any proof of consent statements
4. Authors must always acknowledge the source in figure captions and refer to the source in the reference list.
5. Authors should not assume that any content which is freely available on the web is free to use. Authors should check the website for details of the copyright holder to seek permission for re-use.

Emerald is a member of the STM Association and participates in the reciprocal free exchange of material with other STM members. This may mean that in some cases, authors do not need to clear permission for re-use of content. If so, please highlight this upon submission. For more information and additional help, please follow the Permissions for your Manuscript guide.

Committee on Publication Ethics (COPE)

Emerald supports the development of, and practical application of consistent ethical standards throughout the scholarly publishing community. All Emerald's journals and editors are members of the Committee on Publication Ethics (COPE) which provides advice on all aspects of publication ethics. Emerald follows the Committee's flowcharts in cases of research and publication misconduct, enabling journals to adhere to the highest ethical standards in publishing. For more information on Emerald's publication ethics policy, please [click here](#).

### Copyright forms

Where possible, Emerald seeks to obtain copyright for the material it publishes, without authors giving up their scholarly rights to reuse the work.

Assigning copyright to Emerald allows us to:

- Act on your behalf in instances such as copyright infringement or unauthorised copying
- Protect your moral rights in cases of plagiarism or unauthorised derivative works
- Offer a premium service for permission requests
- Invest in new platforms and services for the journals or book series you have published in
- Disseminate your work as widely as possible, ensuring your work receives the citations it deserves
- Recoup copyright fees from reproduction rights organisations to reinvest in new initiatives and author/user services, such as the Research Fund Awards and the Outstanding Doctoral Research Awards.

If an article is accepted for publication in an Emerald journal authors will be asked to submit a copyright form through ScholarOne. All authors are sent an email with links to their copyright forms which they must check for accuracy and submit electronically.

If authors can not assign copyright to Emerald, they should discuss this with the journal Content Editor. Each journal has an Editorial Team page which will list the Content Editor for that journal.

### Editorial Services

Emerald is pleased to partner with Peerwith to provide editorial support for authors wishing to submit papers to Emerald journals. Peerwith is a platform for author services, connecting academics seeking support for their work with the relevant expert who can help out with language editing and translation, visuals, consulting, or anything else academics need to get their research submission-ready.

### Transparency and Openness Promotion (TOP) Guidelines

Emerald is a signatory of the Transparency and Openness Promotion (TOP) Guidelines, a framework that supports the reproducibility of research through the adoption of transparent research practices. Emerald encourages authors to cite and fully reference all data, program code and other methods in their article. References for data sets and program codes should include a persistent identifier, such as a Digital Object Identifier (DOI). Persistent identifiers

ensure future access to unique published digital objects, such as a text or data sets. Persistent identifiers are assigned to data sets by digital archives, such as institutional repositories and partners in the Data Preservation Alliance for the Social Sciences (Data-PASS). When citing data we advise authors to follow appropriate international and national procedures with respect to data protection, rights to privacy and other ethical considerations. For further guidance please refer to our publication ethics guidelines. For an example on how to cite data sets, please refer to the References section below.

### Final submission

The author must ensure that the manuscript is complete, grammatically correct and without spelling or typographical errors. Before submitting, authors should check their submission completeness using the available Article Submission Checklist. Proofs will be emailed prior to publication.

### Open access submissions and information

Emerald currently offers two routes for Open Access in all journal publications, Green Open Access (Green OA) and Gold Open Access (Gold OA). Authors who are mandated to make the branded Publisher PDF (also known as the "Version of Record") freely available immediately upon publication can select the Gold OA route during the submission process. More information on all Open Access options can be found [here](#).

For more information on HEFCE, visit our [author rights page](#).

### Manuscript requirements

Please prepare your manuscript before submission, using the following guidelines:

<b>Format</b>	Article files should be provided in Microsoft Word format. LaTeX files can be used if an accompanying PDF document is provided. PDF as a sole file type is not accepted, a PDF must be accompanied by the source file. Acceptable figure file types are listed further below.
<b>Article Length</b>	Articles should be between 4000 and 7000 words in length. This includes all text including references and appendices. Please allow 350 words for each figure or table.
<b>Article Title</b>	A title of not more than eight words should be provided.
<b>Author details</b>	All contributing authors' names should be added to the ScholarOne submission, and their names arranged in the correct order for publication. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correct email addresses should be supplied for each author in their separate author accounts</li> <li>• The full name of each author must be present in their author account in the exact format they should appear for</li> </ul>

publication, including or excluding any middle names or initials as required

- The affiliation of each contributing author should be correct in their individual author account. The affiliation listed should be where they were based at the time that the research for the paper was conducted

### **Biographies and acknowledgements**

Authors who wish to include these items should save them together in an MS Word file to be uploaded with the submission. If they are to be included, a brief professional biography of not more than 100 words should be supplied for each named author.

### **Research funding**

Authors must declare all sources of external research funding in their article and a statement to this effect should appear in the Acknowledgements section. Authors should describe the role of the funder or financial sponsor in the entire research process, from study design to submission.

### **Structured Abstract**

Authors must supply a structured abstract in their submission, set out under 4-7 sub-headings (see our "How to... write an abstract" guide for practical help and guidance):

- Purpose (mandatory)
- Design/methodology/approach (mandatory)
- Findings (mandatory)
- Research limitations/implications (if applicable)
- Practical implications (if applicable)
- Social implications (if applicable)
- Originality/value (mandatory)

Maximum is 250 words in total (including keywords and article classification, see below).

Authors should avoid the use of personal pronouns within the structured abstract and body of the paper (e.g. "this paper investigates..." is correct, "I investigate..." is incorrect).

### **Keywords**

Authors should provide appropriate and short keywords in the ScholarOne submission that encapsulate the principal topics of the paper (see the How to... ensure your article is highly downloaded guide for practical help and guidance on choosing search-engine friendly keywords). The maximum number of keywords is 12.

Whilst Emerald will endeavour to use submitted keywords in the published version, all keywords are subject to approval by Emerald's in house editorial team and may be replaced by a matching term to ensure consistency.

**Article Classification**

Authors must categorize their paper as part of the ScholarOne submission process. The category which most closely describes their paper should be selected from the list below.

**Research paper.** This category covers papers which report on any type of research undertaken by the author(s). The research may involve the construction or testing of a model or framework, action research, testing of data, market research or surveys, empirical, scientific or clinical research.

**Viewpoint.** Any paper, where content is dependent on the author's opinion and interpretation, should be included in this category; this also includes journalistic pieces.

**Technical paper.** Describes and evaluates technical products, processes or services.

**Conceptual paper.** These papers will not be based on research but will develop hypotheses. The papers are likely to be discursive and will cover philosophical discussions and comparative studies of others' work and thinking.

**Case study.** Case studies describe actual interventions or experiences within organizations. They may well be subjective and will not generally report on research. A description of a legal case or a hypothetical case study used as a teaching exercise would also fit into this category.

**Literature review.** It is expected that all types of paper cite any relevant literature so this category should only be used if the main purpose of the paper is to annotate and/or critique the literature in a particular subject area. It may be a selective bibliography providing advice on information sources or it may be comprehensive in that the paper's aim is to cover the main contributors to the development of a topic and explore their different views.

**General review.** This category covers those papers which provide an overview or historical examination of some concept, technique or phenomenon. The papers are likely to be more descriptive or instructional ("how to" papers) than discursive.

**Headings**

Headings must be concise, with a clear indication of the distinction between the hierarchy of headings.

The preferred format is for first level headings to be presented in bold format and subsequent sub-headings to be presented in medium italics.

**Notes/Endnotes**

Notes or Endnotes should be used only if absolutely necessary and

must be identified in the text by consecutive numbers, enclosed in square brackets and listed at the end of the article.

## Figures

All Figures (charts, diagrams, line drawings, web pages/screenshots, and photographic images) should be submitted in electronic form.

All Figures should be of high quality, legible and numbered consecutively with arabic numerals. Graphics may be supplied in colour to facilitate their appearance on the online database.

- Figures created in MS Word, MS PowerPoint, MS Excel, Illustrator should be supplied in their native formats. Electronic figures created in other applications should be copied from the origination software and pasted into a blank MS Word document or saved and imported into an MS Word document or alternatively create a .pdf file from the origination software.
- Figures which cannot be supplied as above are acceptable in the standard image formats which are: .pdf, .ai, and .eps. If you are unable to supply graphics in these formats then please ensure they are .tif, .jpeg, or .bmp at a resolution of at least 300dpi and at least 10cm wide.
- To prepare web pages/screenshots simultaneously press the "Alt" and "Print screen" keys on the keyboard, open a blank Microsoft Word document and simultaneously press "Ctrl" and "V" to paste the image. (Capture all the contents/windows on the computer screen to paste into MS Word, by simultaneously pressing "Ctrl" and "Print screen".)
- Photographic images should be submitted electronically and of high quality. They should be saved as .tif or .jpeg files at a resolution of at least 300dpi and at least 10cm wide. Digital camera settings should be set at the highest resolution/quality possible.

## Tables

Tables should be typed and included in a separate file to the main body of the article. The position of each table should be clearly labelled in the body text of article with corresponding labels being clearly shown in the separate file.

Ensure that any superscripts or asterisks are shown next to the relevant items and have corresponding explanations displayed as footnotes to the table, figure or plate.

## References

References to other publications must be in **Harvard** style and carefully checked for completeness, accuracy and consistency. This is very important in an electronic environment because it enables your readers to exploit the Reference Linking facility on the database and link back to the works you have cited through CrossRef.

You should cite publications in the text: (Adams, 2006) using the first named author's name or (Adams and Brown, 2006) citing both names of two, or (Adams *et al.*, 2006), when there are three or more authors. At the end of the paper a reference list in alphabetical order should be supplied:

<i>For books</i>	Surname, Initials (year), <i>Title of Book</i> , Publisher, Place of publication.  e.g. Harrow, R. (2005), <i>No Place to Hide</i> , Simon & Schuster, New York, NY.
<i>For book chapters</i>	Surname, Initials (year), "Chapter title", Editor's Surname, Initials, <i>Title of Book</i> , Publisher, Place of publication, pages.  e.g. Calabrese, F.A. (2005), "The early pathways: theory to practice – a continuum", in Stankosky, M. (Ed.), <i>Creating the Discipline of Knowledge Management</i> , Elsevier, New York, NY, pp. 15-20.
<i>For journals</i>	Surname, Initials (year), "Title of article", <i>Journal Name</i> , volume issue, pages.  e.g. Capizzi, M.T. and Ferguson, R. (2005), "Loyalty trends for the twenty-first century", <i>Journal of Consumer Marketing</i> , Vol. 22 No. 2, pp. 72-80.
<i>For published conference proceedings</i>	Surname, Initials (year of publication), "Title of paper", in Surname, Initials (Ed.), <i>Title of published proceeding which may include place and date(s) held</i> , Publisher, Place of publication, Page numbers.  e.g. Jakkilinki, R., Georgievski, M. and Sharda, N. (2007), "Connecting destinations with an ontology-based e-tourism planner", in <i>Information and communication technologies in tourism 2007 proceedings of the international conference in Ljubljana, Slovenia, 2007</i> , Springer-Verlag, Vienna, pp. 12-32.
<i>For unpublished conference proceedings</i>	Surname, Initials (year), "Title of paper", paper presented at Name of Conference, date of conference, place of conference, available at: URL if freely available on the internet (accessed date).  e.g. Aumueller, D. (2005), "Semantic authoring and retrieval within a wiki", paper presented at the European Semantic Web Conference (ESWC), 29 May-1 June, Heraklion, Crete, available at: <a href="http://dbs.uni-leipzig.de/file/aumueller05wiksar.pdf">http://dbs.uni-leipzig.de/file/aumueller05wiksar.pdf</a> (accessed 20 February 2007).
<i>For working papers</i>	Surname, Initials (year), "Title of article", working paper [number if available], Institution or organization, Place of organization, date.

e.g. Moizer, P. (2003), "How published academic research can inform policy decisions: the case of mandatory rotation of audit appointments", working paper, Leeds University Business School, University of Leeds, Leeds, 28 March.

*For encyclopedia entries (with no author or editor)*

*Title of Encyclopedia* (year) "Title of entry", volume, edition, Title of Encyclopedia, Publisher, Place of publication, pages.

e.g. *Encyclopaedia Britannica* (1926) "Psychology of culture contact", Vol. 1, 13th ed., Encyclopaedia Britannica, London and New York, NY, pp. 765-71.

(For authored entries please refer to book chapter guidelines above)

*For newspaper articles (authored)*

Surname, Initials (year), "Article title", *Newspaper*, date, pages.

e.g. Smith, A. (2008), "Money for old rope", *Daily News*, 21 January, pp. 1, 3-4.

*For newspaper articles (non-authored)*

*Newspaper* (year), "Article title", date, pages.

e.g. *Daily News* (2008), "Small change", 2 February, p. 7.

*For archival or other unpublished sources*

Surname, Initials, (year), "Title of document", Unpublished Manuscript, collection name, inventory record, name of archive, location of archive.

e.g. Litman, S. (1902), "Mechanism & Technique of Commerce", Unpublished Manuscript, Simon Litman Papers, Record series 9/5/29 Box 3, University of Illinois Archives, Urbana-Champaign, IL.

*For electronic sources*

If available online, the full URL should be supplied at the end of the reference, as well as a date that the resource was accessed.

e.g. Castle, B. (2005), "Introduction to web services for remote portlets", available at: <http://www-128.ibm.com/developerworks/library/ws-wsrp/> (accessed 12 November 2007).

Standalone URLs, i.e. without an author or date, should be included either within parentheses within the main text, or preferably set as a note (roman numeral within square brackets within text followed by the full URL address at the end of the paper).

*For data*

Surname, Initials (year), *Title of Data Set*, Name of data repository, available at: Persistent URL

e.g. Campbell, A. and Kahn, R.L. (1999), *American National Election Study, 1948*, ICPSR07218-v3, Inter-university Consortium



for Political and Social Research (distributor), Ann Arbor, MI,  
available at: <http://doi.org/10.3886/ICPSR07218.v3>

### Frequently asked questions

<i>Do you publish open access articles?</i>	For questions about open access, please visit the Open Access section of the website.
<i>Is there a submission fee for the journal?</i>	There are no submission fees for any of Emerald's journals.
<i>What should be included in my paper's word count?</i>	The word count for your paper should include the structured abstract, references, and all text in tables and figures. Each journal has a set word count parameter for papers – this information will be on the journal's homepage.
<i>How can I become a reviewer for a journal?</i>	Please contact the Editor for the journal, with a copy of your CV, to be considered as a reviewer.
<i>Who do I contact if I want to find out which volume and issue my accepted paper will publish in?</i>	Firstly, log in to your author centre on the journal's ScholarOne site, click on 'Manuscripts with Decisions' and check the 'status' column of the table that will appear at the bottom of the page. If the Editor has assigned your paper to an issue, the volume and issue number will be displayed here. If this information is not present, then the Editor has not yet assigned your paper to a volume and issue. In this case you may email the Editor of the journal to ask which volume and issue your paper is most likely to feature in.
<i>Who do I contact if I have a query about ScholarOne?</i>	If you are having a problem on ScholarOne please email the journal's Editor or the Emerald Content Editor for help and advice.
<i>Is my paper suitable for the journal?</i>	If, after reading the journal's aims and scope (available in the 'about the journal' section of the website), you are still unsure whether your paper is suitable for the journal, please email the journal's Editor and include your paper's title and structured abstract. The journal Editor will be able to advise on the suitability of your paper.
<i>How do I ensure anonymity of my manuscript for peer review?</i>	<p>If you need to refer to your own work, please make sure that it is worded in such a way that you as author(s) cannot be identified: "previous research has demonstrated" not "our previous research has demonstrated". Should the paper be accepted, you will need to contact the Editor to revise this ahead of publication.</p> <p>If you need to refer to your own work which is currently published, then please do not include this work in the reference list.</p>

ould the paper be accepted, you will need to contact the Editor to  
rise this ahead of publication

Any Acknowledgments or Author biographies should be  
loaded as separate files and where asked to 'Choose File Designation'  
oose the File Type, 'Acknowledgment' or 'Author Biographies', as  
ropriate

Please check the manuscript to ensure that the author names  
not appear anywhere. This includes on Figures.

## ANEXO G – Normas da Physis: Revista de Saúde Coletiva

### INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

- **Scope and editorial policy**
- **Preparation of typescripts**

#### Scope and editorial policy

*Physis*, a quarterly scientific journal published by the Social Medicine Institute of Rio de Janeiro State University, and the Center for Studies, Research and Scientific Development in Collective Health (CEPESC), is concerned with academic production in the field of Collective Health. It is currently classified as B1 in the Collective Health area, according to the Qualis criteria of CAPES.

SciELO online version of the journal, which uses the continuous publication model, includes full texts of articles and is freely available, with open access. It is also indexed in databases: Directory of Open Access Journals, EBSCO Publishing, LILACS, PubMed, Scopus, Sociological Abstracts, REDALYC, and PROQUEST - Social Science Journals.

Its editorial guidelines emphasize interdisciplinary, critical and innovative approaches on themes considered current and relevant in the field of Collective Health. The journal is basically composed of unsolicited papers, as well as section of reviews, interviews, letters and comments. The Editorial Board may occasionally propose specific themes, considered relevant, and publish papers of invited authors who are specialists on the theme, and which will undergo a process of peer review as well.

*Physis* is sponsored by the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development – CNPq ([www.cnpq.br](http://www.cnpq.br)) and the Coordination of Improvement of Higher Level Personnel - CAPES, ([www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)), through the incentive program for editing and publication of Brazilian scientific journals.

#### Preparation of typescripts

*Physis* publishes articles in the following categories:

Original unsolicited articles (up to 7,000 words, including endnotes and references): unpublished papers resulting from research or bibliographical analysis. The Editorial Board decides on the publication of any submitted papers, based on anonymous assessment of reviewers - double-blind peer review - and according to space availability.

Original articles at the editor's invitation (up to 8,000 words, including endnotes and references): unpublished articles resulting from research or bibliographical analysis. The Editorial Board and the invited editor may either ask experienced authors to forward original papers on previously decided themes, according to the journal planning, or decide on the acceptance, based on anonymous assessment of two reviewers (double-blind peer review). Reviews and comments usually come at the invitation to the authors by the Editors. Articles that, due to their authorial characteristic, cannot be anonymously assessed, will be analyzed by an anonymous reviewer (*single-blind peer review*). The number of authors will be limited to a maximum of two per manuscript, and each author may appear only in one article per issue.

Reviews (up to 4,000 words, including endnotes and references): *Physis* welcomes unsolicited reviews and invites authors to send them as well. The Editorial Board will decide on the publication, considering the theme, quality of manuscript and space availability. Reviews will only be accepted with a single author.

Interviews (up to 4,000 words): this section welcomes testimonies of people whose life stories or professional achievements are relevant to the journal's scope.

Letters (up to 1,500 words): this section welcomes comments on articles published in the journal or notes and opinions on issues of interest to readers.

Comments (up to 1,500 words): this section welcomes short essays, notes and opinions on issues of interest to Collective Health.

Guidelines for presentation of articles and manuscripts:

1. The submission process is online only, through ScholarOne Manuscripts system at <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. To submit originals, the author must register in the system, and once logged in, access the "Author Center" and start the submission process. All authors of articles that are approved for publication from 2018 (inclusive) must necessarily associate their ORCID (Open

Researcher and Contributor ID, <https://orcid.org/>) with their ScholarOne profile (see model below).

2. Texts must be typewritten in Word (6.0 version on) or RTF, using font Arial or Times New Roman size 12, according to the number of words established for each section (comprising text, notes and references); abstracts are considered separately. Articles should not bring any information about authorship; information about authors must be provided in specific fields of submission form.

3. Papers presenting the results of research involving human beings must contain a clear statement of compliance with ethical principles, according to the Helsinki Declaration and the Brazilian legislation issued by the Research Ethics National Committee (Resolution 466/12). Authors should indicate whether the research work has been sponsored, is based on a Master's or Doctorate thesis, and must as well disclose any potential conflict of interest. Information on financial support must appear on the item Acknowledgements, in the end of the manuscript or as endnote.

4. *Physis* welcomes articles written in Portuguese (preferably), English and Spanish. The Editorial Board may make changes and / or cuts in the texts, following the standards of the journal, however preserving style and content. Eventually, translated articles already published in another language, which by their relevance may merit greater disclosure in Portuguese, will be accepted. Authors are responsible for all concepts and information presented in the manuscripts, which may not necessarily reflect the views of the Editors and Editorial Board.

5. The abstract and key words in Portuguese should be included in the indicated steps of the submission (first and second, respectively) process. Abstract and key words in English must be included in the body of the article, after the references (in the sections of original articles and theme only). Each containing up to 200 words, they should highlight the main objective, the basic methods adopted, the most relevant results and main conclusions of the article. Should be included 3-5 keywords in Portuguese and English. The full title of the article must also be translated. The Editors may revise or remake the translations.

6. Pictures, figures or designs should be in tiff or jpeg format with a minimum resolution of 200 dpi, maximum size 12x15 cm, grayscale, with caption in Arial or Times New Roman 10. Tables and graphs tower can be produced in Word or similar. Other types of graphs should be produced in Photoshop or Corel Draw or similar. All illustrations should be in separate files and will be entered into the system in the sixth step of the submission process, indicated as "*image*", "*figure*" or "*table*", with their

captions and numbering. In the text should be indication of where to insert each.

7. Endnotes must be numbered consecutively in Arabic numerals, after the references, with size 10 font. As succinctly as possible, endnotes must be exclusively explanatory. There is no limitation to the number of endnotes.

8. References should be cited and organized following ABNT style (NBR 6023, issued August 2002). In the text, cite the author's last name and year of publication, followed by page number in citations. All cited references should be listed at the end of the paper in alphabetical order. Authors are responsible for the exactness of the references and their correct citation.

9. Articles published in *Physis* are under *Creative Commons Attribution CC-BY* license. Submission of work and acceptance to publish it imply transfer of publication rights to *Physis*. To reproduce texts published in *Physis*, even partially and for non-commercial use, reference to the first publication in the journal should be made. The authorship declaration must be signed by all authors, scanned and inserted into the sixth step of the submission process, and indicated as "supplemental file not for review" so that evaluators will not identify the author(s). Any other comments or observations forwarded to the editors should be entered in the "Cover letter" field.

10. Given the growth in the number of co-authors in many articles referred to *Physis*, the maximum number of authors is limited to four, and only with exceptional justification a larger number will be accepted. Moreover, the effective contribution of each author will be rigorously evaluated. The Editorial Board reserves the right to reject articles whose authors do not provide satisfactory explanations about this item, and/or request the removal of participants without substantial contribution. The responsibilities of all the authors in the preparation of the article should be indicated in the "Statement of responsibility" (see model below), as approved by the International Committee of Medical Journal Editors. This statement must also be signed by the authors, scanned and sent as a supplementary document in the sixth step of the submission process. An item of "Acknowledgements" may be included in the end of the manuscript or as endnote to quote institutions that somehow enabled the research and / or people who collaborated with the study but did not meet the criteria for co-authoring.

11. In compliance with SciELO's guidelines, identification of author's affiliation should be restricted to the names of institutional entities, city, state and country. E-mail may be informed.

12. Papers which do not comply with these guidelines will not be published, even if they have been approved on merit by the reviewers. The Editors reserve the right to ask authors to suit the articles to the standards above, or even withhold their publication. Any other observation should come in the field "Cover letter".

13. *Physis* does not charge for submission and publication of manuscripts.

14. If an article is already accepted for publication, it will be possible to publish it in English as well, if this is the author's interest. However, the translation should be done by a qualified company (or one recommended by the editors of *Physis*), and translation costs shall be borne by the author.

15. *Physis* adopts plagiarism detection system.

16. Authors are responsible for all concepts and information presented in the papers and reviews.

17. The Editorial Board will decide on how to proceed for particular cases.

MODEL of Declaration of responsibility and copyright transfer (To be sent in the sixth step of the submission process, indicated as "supplemental file not for review")

The contribution of each author in the article / review \_\_\_\_\_ was the following:

author 1 (0000-0000-0000-0000)\*: (activities performed)  
 author 2 (0000-0000-0000-0000)\*: (activities performed)  
 author *n* (0000-0000-0000-0000)\*: (activities performed)

The text is an unpublished work and has not been published in part or in full, or is being considered for publication elsewhere in print or electronic format.

In case of acceptance of this text by *Physis: Journal of Collective Health*, I (we) agree that copyright related thereto shall become the exclusive property of the journal and, in the case of reproduction, in whole or in part, in any form or means disclosure, printed or electronic, do I (we) include the appropriate claims.

\*ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*)

Signatures:

---



---

PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva  
Instituto de Medicina Social - UERJ  
Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D - Maracanã  
20550-013 - Rio de Janeiro - RJ  
Phone.: (55-21) 2334-0504 branch 205  
*E-mail:* [publicacoes@ims.uerj.br](mailto:publicacoes@ims.uerj.br)  
*Web:* <http://www.ims.uerj.br>

#### Privacy policy

The names and email addresses entered in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication and are not available for other purposes or to third parties.



ANEXO H – Questionário *on-line*

**A sua colaboração será de fundamental importância para qualificação da Saúde Prisional no estado do Rio Grande do Sul. Desde já agradecemos a sua participação.**

### Seção A: Identificação

Neste grupo as questões estão vinculadas as características do presídio.

**A1. Município onde está localizada a instituição penal**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**A2. Data do preenchimento do questionário**

--	--	--	--

**A3. Nome da instituição penal**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**A4. Qual o e-mail de contato?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**A5. Nome do profissional responsável pelo preenchimento**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**A6. Função do profissional responsável pelo preenchimento**

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem

Psicólogo

Outros

Outros

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**A7. Quais os profissionais que compõe a equipe?**

--



**A8. Qual o número de presos em 01/12/2017?**

Presos do sexo masculino em regime fechado					
Presos do sexo masculino em regime semi-aberto					
Presos do sexo masculino em regime aberto					
Presas do sexo feminino em regime fechado					
Presas do sexo feminino em regime semi-aberto					
Presas do sexo feminino em regime aberto					

## Seção B: Caracterização da Tuberculose, HIV/Aids, Sífilis e Hepatites Virais

**B1. Sobre o diagnóstico da Tuberculose:**

*Entende-se como triagem a avaliação na qual se identifica os Sintomáticos Respiratórios, questionado quanto à presença ou ausência de tosse.*

Número de presos triados para tuberculose em 2017					
Número de Sintomáticos Respiratórios Identificados em 2017					
Número de presos que realizaram baciloscopias de diagnóstico em 2017					
Número de presos que realizaram cultura para o diagnóstico de Tuberculose em 2017					
Número de Testes de Sensibilidade realizados em 2017, por ocasião do diagnóstico					
Número de Testes Rápidos para Tuberculose realizados em 2017					
Número de casos de Tuberculose diagnosticados em 2017					

**B2. A equipe se sente preparada para realizar a coleta de escarro?**

Sim

Não

**B3. Por que não se sente preparada?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B4. Sobre o acompanhamento e o tratamento dos casos de Tuberculose:**

Número de presos que realizaram tratamento para Tuberculose em 2017					
Número de casos de Tuberculose Multirresistente (TB-MDR) em 2017					
Número de presos diagnosticados com tuberculose que foram testados para HIV					



Número de casos de coinfeção TB-HIV					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B5. A equipe realiza TDO?</b>									
					Sim	<input type="checkbox"/>			
					Não	<input type="checkbox"/>			
<b>B6. Sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO):</b>									
<i>O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é o tratamento sob a supervisão direta de um profissional da saúde com frequência diária (2ª a 6ª feira), considerando que, no mínimo 24 tomadas na fase de ataque e 48 na fase de manutenção devem ser observadas.</i>									
Número de presos, usuários de droga, que realizaram TDO em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de presos com doença mental, que realizaram TDO em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de presos diagnosticados com TB-MDR que realizaram TDO em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de presos que realizaram o TDO em 2017 por outras condições					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B7. Por que não realiza TDO?</b>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B8. Sobre o encerramento dos casos de TB:</b>									
Número de presos que tiveram alta por cura em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de presos em tratamento para tuberculose que foram transferidos em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de presos que abandonaram o tratamento em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de óbitos por TB em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de óbitos por coinfeção TB-HIV em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B9. Sobre o diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS:</b>									
Número homens que realizaram Testes Rápidos para HIV em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Testes Rápidos positivos para HIV em homens em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de mulheres que realizaram Testes Rápidos para HIV em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Testes Rápidos positivos para HIV em mulheres em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número total de casos de HIV/AIDS na Instituição Penal em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número total de presos em Terapia Antirretroviral (TARV) para HIV em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B10. Sobre o diagnóstico e o tratamento da Sífilis:</b>									
Número de homens que realizaram Testes Rápidos para Sífilis em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Testes Rápidos positivos para Sífilis em homens em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de mulheres que realizaram Testes Rápidos para Sífilis em 2017					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Número de Testes Rápidos positivos para Sífilis em mulheres em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número total de presos que realizaram VDRL para confirmação do diagnóstico de Sífilis em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número total de presos que realizaram tratamento completo para Sífilis em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número total de presos que utilizou Penicilina G Benzatina (Benzetacil) para tratamento da Sífilis em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B11. Sobre o diagnóstico, tratamento e prevenção das Hepatites Virais:</b>					
Número de presos que realizaram Testes Rápidos para Hepatite B em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Testes Rápidos positivos para Hepatite B em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de exames confirmatórios para Hepatite B realizados em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de diagnósticos confirmados de Hepatite B em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de presos que realizaram tratamento para Hepatite B em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de presos vacinados para Hepatite B em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de presos que realizaram Testes Rápidos para Hepatite C em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Números de Testes Rápidos positivos para Hepatite C em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de exames confirmatórios para hepatite C realizados em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de diagnósticos confirmados de hepatite C em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de presos que realizaram tratamento para Hepatite C em 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B12. De forma geral, os presos são testados para estas doenças na porta de entrada do sistema prisional, ou seja, no ingresso na instituição penal?</b>					
	Sim	<input type="checkbox"/>			
	Não	<input type="checkbox"/>			
<b>B13. Para quais doenças são testados na porta de entrada?</b>					
	Tuberculose	<input type="checkbox"/>			
	HIV	<input type="checkbox"/>			
	Sífilis	<input type="checkbox"/>			
	Hepatite B	<input type="checkbox"/>			
	Hepatite C	<input type="checkbox"/>			



Outros

Outros

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B14. Por que os presos não são testados na porta de entrada?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B15. A triagem de porta de entrada é realizada até quantos dias após o ingresso do preso na instituição penal?**

--	--	--	--	--

**B16. A busca ativa de sintomáticos respiratórios é realizada periodicamente?**

Sim Não 

**B17. Qual é a periodicidade de busca ativa sistemática de sintomáticos respiratórios?**

Anual Semestral Outros 

Outros

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Seção C: Infraestrutura

Perguntas referentes à infraestrutura da Unidade de Saúde Prisional

**C1. Os presos têm acesso ao exame de Raio X quando existe suspeita de Tuberculose?**

Sim Não 

**C2. Qual a referência para realização do Raio X?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**C3. Por que os presos não tem acesso ao Raio X?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**C4. Seu município dispõe de sistema de prontuário eletrônico implantado no serviço de saúde?**

Sim Não





<b>D9.</b>	<b>Qual a referência especializada para tratamento da tuberculose?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D10.</b>	<b>Em qual município se localiza a referência para tratamento especializado da Tuberculose?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D11.</b>	<b>Qual é o Serviço de Assistência Especializadas (SAE) referência secundária para HIV/AIDS?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D12.</b>	<b>Em qual município se localiza o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para tratamento do HIV/AIDS?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D13.</b>	<b>Qual é o serviço de referência para genotipagem do HIV?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D14.</b>	<b>Em qual município está localizado o serviço de referência em genotipagem para HIV?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D15.</b>	<b>Qual é o serviço de referência para dispensação da Terapia Antirretroviral (TARV)?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D16.</b>	<b>Em qual município está localizada a Unidade de Dispensadora de Medicamentos (UDM) para TARV?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D17.</b>	<b>Sobre as transferências de tratamento dos apenados:</b>											
		Sim      Não sei      Não										
	As transferências dos apenados são informadas para a equipe de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	A equipe de saúde informa as transferências de presos em tratamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>D18.</b>	<b>Como a equipe fica sabendo sobre as transferência dos apenados?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D19.</b>	<b>Como a equipe informa a transferência de presos em tratamento?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>D20.</b>	<b>A equipe não informa ou não tem fluxo estabelecido para informar a transferência de presos em tratamento?</b>											
		Não informa			<input type="checkbox"/>							
		Não tem fluxo estabelecido			<input type="checkbox"/>							



## Seção E: Pesquisa

- E1. Você autoriza que as respostas deste questionário possam fazer parte da pesquisa "MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS DA POPOULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE DO RIO GRANDE DO SUL"?**

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC**

**Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – PPGPS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –  
TCLE**

**Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde**

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Monitoramento e avaliação de doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul”, que está sob a responsabilidade do pesquisadora Karine Zenatti Ely, contatos: (51) 3713-1011 e (54) 9.9117-1771 e / e-mail:

karineely@saude.rs.gov.br e está sob a orientação da Professora Doutora Lia Gonçalves Possuelo, contato e-mail:

liapossuelo@unisc.br . Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, você somente precisa clicar em **sim**. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

A pesquisa intitulada pesquisa “Monitoramento e avaliação de doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul” tem como objetivo geral desenvolver um processo de monitoramento e avaliação das doenças infectocontagiosas na população privada de liberdade do Rio Grande do Sul, a partir de um questionário *on-line*.

A coleta de dados se dará pela participação voluntária e anônima dos entrevistados por meio de um questionário contendo 105 questões sobre a caracterização da tuberculose, HIV/AIDS e hepatites virais na população privada de liberdade, infraestrutura da unidade de saúde prisional, rede e fluxos estabelecidos, afim de mensurar as características mais significativas e que privilegiem alcançar o objetivo geral da pesquisa.

Os possíveis riscos a que os participantes estão suscetíveis podem ocorrer pelo cansaço físico e disponibilidade de tempo para o preenchimento. Alguns participantes poderão se sentir constrangidos por não ter em mãos os dados solicitados e outros terão dificuldades



## ANEXO I – Capítulo de livro publicado pela Organização Mundial da Saúde

### Brazil. TB-free prisons in southern Brazil

**Submitted by:** Karine Zennati Ely,<sup>1</sup> Manuela Filter Algayer,<sup>1</sup> Júlia Leão,<sup>1</sup> Andréia Rosane de Moura Vallim,<sup>1</sup> Vanda Beatriz Hermes,<sup>2</sup> Daniela Becker,<sup>3</sup> Renata Maria Dotta Panichi,<sup>4,5</sup> Ana Carolina Rios Simoni,<sup>4</sup> Rarianne Carvalho Peruhype,<sup>5</sup> Edson Romeu Farias,<sup>5</sup> Maurício Vieira Rodrigues,<sup>6</sup> Carla Adriani Jarczewski,<sup>7</sup> Daniele Chaves Kuhlreis<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Santa Cruz do Sul, Brazil; <sup>2</sup>Tuberculosis control programme in Santa Cruz do Sul, Brazil; <sup>3</sup>13<sup>th</sup> Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul, Brazil; <sup>4</sup>National Policy on Integral Health Care in the Prison System, Brazil; <sup>5</sup>Department of Health Actions, Brazil; <sup>6</sup>Health Surveillance Centre of SES/Rio Grande do Sul, Brazil; <sup>7</sup>State Tuberculosis Control Programme and Parthenon Sanatorium Hospital, Brazil; <sup>8</sup>National Tuberculosis Control Programme/Ministry of Health, Brazil

#### Background

In Brazil, 67 000 new TB cases were diagnosed in 2015 and 2016, resulting in the country being in twentieth place on the list of the 30 priority countries for TB control.

Brazilian prisons currently have approximately 622 000 inmates, a rate of more than 300 per 100 000 population. The country has the fourth largest number of prisoners globally, after the United States of America, the Russian Federation and China. Unlike these countries, which are lowering their incarceration rates, the incarceration rate in Brazil is rising by 7% a year and the country is short 200 000 places. The state of Rio Grande do Sul had more than 30 000 prisoners in 2016. In 2014, Brazilian data indicated a 121% occupancy rate in state prisons, with overcrowding being one of the worst problems together with vulnerabilities to which prisoners are exposed and which contribute directly to the high rate of infectious TB. In general, the TB incidence rate in prisons is 50 to 70 times higher than in the general population: in 2012, the prevalence of TB in the world's penitentiary systems was 169/100 000 population. In Brazil, 5292 cases of TB were registered among inmates in 2015, with a treatment success rate of only 72%. Rio Grande do Sul is now in the sixth place in Brazil with the largest reported number of TB cases in its prison system.

Inmates' access to the health services is legally defined by Criminal Enforcement Law No. 7.210 of 1984 which aims, through provisions relating to sentencing or decisions regarding criminal matters, to keep prisoners part of society. Article 41 of this Law refers to the right to material, legal, social, religious and health care assistance, with prison basic health teams and community councils to uphold prisoners' rights. Rio Grande do Sul was the first state to introduce prison basic health teams, which are based on and cofinanced by the local municipality; the first such team was established in 2007 in the prison complex in Charqueadas municipality. This experience has been a model for implementation of the national policy for comprehensive health care in the prison system. All primary health services can be organized and carried out in prisons by interdisciplinary teams consisting of a physician, a nurse, a nurse technician, a dentist and a dental assistant. These teams work together to control TB in prisons through activities such as active searches for inmates with respiratory symptoms and the contacts of TB cases, and awareness-raising among the entire prison population (including the staff) about the importance of early diagnosis, screening for TB/HIV coinfection and uninterrupted treatment. These activities highlight the association between health surveillance and primary health care.

The community councils include representatives of several social sectors (community, courts, security and health) with one general aim: to represent the community in the implementation of penal and penitentiary policies at national level. In addition, they serve as forums for discussion between the health, legal and security sectors regarding activities aimed at promoting the health of inmates, especially relating to TB. Intersectoral cooperation is essential to increase the detection of TB cases and to improve treatment follow-up strategies, which lead to a reduction in the incidence of TB among prison inmates. In this context, and in view of the overcrowding and vulnerabilities to which prisoners are exposed in Rio Grande do Sul, relevant and efficient activities have been developed and the network strengthened between the health, justice, security and educational sectors. The participation of prison health teams, community councils and universities in these activities is a key element to achieve TB control, a pillar of the End TB Strategy.

### Description of the good practice

The practice includes provision of technical support for the prison health teams in routine active case-finding in the form of diagnosis of symptomatic cases with respiratory symptoms and the collection of sputum from cases with presumptive TB and their weekly transport for smear microscopy and culture, DSTs and, consequently, disease control in the prison system. The practice also includes community councils' activities carried out together with prison health teams on various aspects of TB control.

The integration of education agencies was an important step in generating knowledge in the area of TB in prisons and in developing joint strategies with public institutions for disease control.

The good practice developed with the Prisons Free of TB in Southern Brazil project involved the following three specific areas of the End TB Strategy.

- Integrated patient-centred care and prevention has included systematic screening, with weekly sputum sampling for sputum smear, culture and susceptibility test so as to ensure early diagnosis and appropriate treatment to interrupt the disease transmission chain. Generally, treatment of TB cases has been carried out in a supervised manner in prisons through prison basic health teams.
- Bold policies and support systems are seen through the provision of additional financial resources for prisoners' health care since 2014, allowing health management to organize specific teams operating in prisons. Moreover, the Prisons Free of TB in Southern Brazil project has received technical support from state and federal health authorities to carry out its activities. Another highly relevant activity has been cooperation with the community councils. Discussions between managers, researchers and representatives of civil society have resulted in proposals for the collaborative production of scientific knowledge to clarify problems, the structuring of options according to health policy priorities in the state, informed decision-making based on scientific evidence and the planning and performance of activities.
- Intensification of research and innovation is seen in the dedication of the University of Santa Cruz do Sul to research and innovations regarding the TB control programme and the health care of the prison population. The University is a community-based, humanistic and democratic educational institution with approximately 10 000 students which develops learning, research and continuing education activities. The work of the University is geared towards meeting the aspirations of the regional community through its commitment to public policies and constant search for partnerships to improve the quality of life of the population in different areas. The University has been working on projects funded by federal and state authorities, with an emphasis on the vocational training reorientation programme and integration of education/service/community bodies. The activities developed in the local penitentiary system began in the course of these projects and, based on this experience, several researchers at the University have worked in partnership with the public services at municipal and state level, supported by state and federal authorities.

### Evidence of impact/efficacy

Rio Grande do Sul currently has 36 prison basic health teams in 29 penitentiaries in 25 municipalities, providing 70% coverage of basic care to the prison population. Production of scientific information after the integration of services led to specific decisions regarding TB control in prisons where the pilot study took place. As a result, the municipality of Santa Cruz do Sul, which has more than 120 000 inhabitants, has shown significant declines in TB incidence rates. Deaths from TB are no longer part of everyday life. In 2013, the municipality had 32 cases of TB in the prison population, which fell to one case in 2015. Since the results have been positive, the practice is being extended to the entire state of Rio Grande do Sul.

### Sustainability of the practice

The prison basic health teams will continue their work, as they have the support of state and federal authorities and do not require additional financial resources for their development. Negotiations with municipalities continue with the aim of expanding coverage. Discussions about TB in the community councils will continue and be broadened through routine intersectoral meetings, the interest of the local health authorities and the commitment

---

of prison health professionals who attend meetings, know about the prison environment and discuss this subject on a daily basis. Resources are, however, needed for the continuing education of regional coordinators, which has been financially supported by the government of Rio Grande do Sul as a state responsibility. Routine systematic monitoring and evaluation are carried out by the prison basic health teams so as to produce epidemiological information more quickly and efficiently to support the coordination of health surveillance with primary care.