

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE -
MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ivinildo José Vilichane

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA
DETECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NAS
CADEIAS DA PROVÍNCIA DE GAZA, MOÇAMBIQUE

Santa Cruz do Sul

2023

Ivinildo José Vilichane

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA
DETECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NAS
CADEIAS DA PROVÍNCIA DE GAZA, MOÇAMBIQUE

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

Orientadora: Prof. Dra. Lia Gonçalves Possuelo
Coorientadora: Prof. Dra. Andreia Rossane de Moura Valim

Santa Cruz do Sul

2023

Ivinildo José Vilichane

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA
DETECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NAS
CADEIAS DA PROVÍNCIA DE GAZA, MOÇAMBIQUE

Essa 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.

Banca Examinadora

Dr^a Lia Gonçalves Possuelo

Professora Orientadora - UNISC

Dr^a Andreia Rosane de Moura Valim

Professora Coorientadora – UNISC

Dr. Marcelo Carneiro

Professor Examinador interno- UNISC

Dr.

Professor Examinador externo- UNIOESTE

Dr. Khalide Azam

Professor Examinador externo- ECSA-HC

Santa Cruz do Sul

2023

AGRADECIMENTOS

A aquisição do conhecimento científico é uma das bases para a construção das sociedades sobre tudo se quisermos alcançar o desenvolvimento pleno das nossas sociedades. Nesse contexto nunca se alcança um objetivo de forma individual sem que tenhamos o apoio de alguém na sociedade moderna, esta pesquisa tem um pouco de cada pessoa que me apoiou, me incentivou, e me tornou uma pessoa melhor. Começando agradecer a Deus pelo dom da vida de forma plena, a Universidade Santa Cruz do Sul (UNISC) e a todos professores do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde pela oportunidade de estudar em uma escola diferenciada com qualificações excepcionais.

Agradeço às instituições de Moçambique que aceitaram receber este estudo: Serviços Provinciais de Saúde e Serviço Nacional Penitenciário.

A minha gratidão à minha orientadora e co-orientadora por tudo que fizeram e tem feito para que alcance a luz do conhecimento, do saber fazer e apoio incondicional de forma a contribuir para produção científica.

Quis o destino me colocar em uma turma com colegas e amigos especiais, minha gratidão também a todos colegas da turma do ano 2021 e do Laboratório Horta.

Agradeço também aos amigos que fiz e me receberam em Santa Cruz do Sul, RS.

Para quem divide a vida comigo, a minha esposa e filhas vai a minha gratidão pela compreensão em todos momentos que sempre acreditaram em mim e me encorajando sempre a continuar.

Obrigado, por fim a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a alcance deste objetivo.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, por me presentarem com a vida e oportunidade de poder crescer, estudar e seguir o caminho da vida.

RESUMO

As pessoas privadas de liberdade (PPL) em Moçambique condenadas ou sentenciadas e em prisão preventiva somam-se 18.700, ou seja, 120,05% acima da capacidade total de lotação, no entanto a taxa de prevalência de HIV é de 12,5% e incidência da tuberculose (TB) estimada em 551 casos por 100.000 habitantes com TB. Neste contexto a PPL é classificada como um grupo de alto risco de contrair e transmitir doenças infecciosas, como o HIV, TB, hepatites virais, sífilis, covid-19, sendo que a OMS defende maiores esforços no controle, incluindo metas ambiciosas (ODS e 95-95-95) para HIV e TB que visam alcançar, testar e tratar populações de alto risco, particularmente aqueles que estão nas prisões.

Manuscrito I: Objetivo: verificar os conhecimentos, atitudes e práticas de agentes penitenciários (AP) e profissionais de saúde (PS) relacionadas à detecção de Tuberculose (TB) e HIV. **Métodos:** Estudo descritivo transversal analítico observacional, com abordagem quantitativa utilizando o método Knowledge-Attitude-and-Practice (KAP) em Moçambique, província de Gaza, nos distritos de Chongoene, Mabalane e Xai-Xai. Foram realizadas análises descritivas e univariadas e os valores foram expressos como números absolutos e percentuais. Comparações de variáveis qualitativas foram realizadas através do teste qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 81 participantes classificados em AP (29) e PS (52). Cerca de 39,7% dos AP e 55,7% dos PS conhecem os sinais e sintomas TB. Com relação ao tipo de exame necessário para diagnóstico de TB 30,9% dos agentes penitenciários reconhece os exames adequados ($p < 0,001$). Em relação ao HIV, os 41,4% relata que existe cura ($p < 0,001$). **Conclusão:** Os resultados deste estudo demonstram baixo conhecimento dos AP exames necessários para diagnóstico da TB (BK, Gnextpert/MTB/RIF e cultura) e que acreditam que o HIV tem cura. Em relação aos PS, os AP demonstram menor conhecimento relação a TB e HIV. A educação permanente destes profissionais é fundamental para contribuir de forma efetiva na proteção, prevenção, promoção da saúde e na implementação das políticas públicas de saúde, diminuindo a morbidade e mortalidade por TB e HIV no sistema prisional de Moçambique. **Manuscrito II: Justificação:** As Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) são classificadas como um grupo de alto risco de contrair, transmitir doenças infecciosas, como o vírus da imunodeficiência humana, tuberculose, hepatites virais, sífilis, COVID-19, entre outras. **Objetivo:** Identificar as ações assistenciais e de vigilância em saúde para detecção de TB e HIV em PPL nas prisões de

Moçambique. **Métodos:** Estudo quantitativo transversal descritivo realizado na província de Gaza, Moçambique nos distritos de Xai-xai, Chongoene e Mabalane com profissionais de saúde (PS) e agentes penitenciários (PA) utilizando um questionário para entrevista na qual foram realizadas análises descritivas e univariadas referente a infraestrutura e rede de fluxos. **Resultados:** Foram convidados a participar do estudo 100 profissionais de saúde e segurança, dos quais 81 responderam ao formulário de pesquisa, 52 (64,2%) HP e 29 (35,8%) PA. Quanto ao acesso ao serviço especializado para tratamento de TB e HIV, 72,42% dos PA não sabem, todos os PA e PS entendem que não existe fluxograma de transferência para PDL em tratamento para TB e HIV, a testagem não é realizada na porta de entrada para TB e HIV ao ingresso na instituição penal. **Conclusão:** O estudo evidenciou a necessidade de qualificar os fluxos de transferência do PDL em tratamento de TB e HIV e a implantação da triagem para doenças infectocontagiosas no ingresso a prisão. Dessa forma, o estudo contribui com subsídios para que os gestores vinculados às penitenciárias envidem esforços para reduzir, monitorar e controlar a TB e o HIV nas prisões.

Considerações finais

Os resultados obtidos neste estudo em relação aos conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes penitenciários e profissionais de saúde demonstram baixo conhecimento dos AP em relação aos sintomas, exames (BK, Gnextpert/MTB/RIF e cultura) necessários para o diagnóstico da TB. Para o HIV demonstra o conhecimento satisfatório em relação a cura da AIDS por parte dos AP e excelente por parte dos PS, mais ainda existe um percentual muito alto quase a metade dos AP acredita que o HIV tem cura, e o risco de contrair o HIV e exames necessários para o diagnóstico de HIV os AP demonstram baixo conhecimento em relação aos PS. Neste sentido os profissionais descrevem que não existem locais adequados para coleta de escarro dentro das instituições prisionais, não existe acesso a computadores e internet. As redes e fluxos estabelecidos, não são de conhecimento da totalidade dos trabalhadores, AP e PS, assim como não estão organizados os fluxos de informação referente às transferências de PPL em tratamento para TB e/ou HIV. A equipe de saúde realiza aconselhamento psico-social (APSS) e TDO, e a PPL não é testada para doenças infectocontagiosas (TB, HIV, Sífilis, Hepatite) na porta de entrada no ingresso na instituição penal.

Palavras chave: HIV, Tuberculose, Saúde, Prisões

Palavras chaves: Ações assistenciais, vigilância em saúde, TB, HIV, pessoas privadas de liberdade

ABSTRACT

Manuscript I. Objective: to verify the knowledge, attitudes and practices of correctional officers (AP) and health professionals (OS) related to the detection of Tuberculosis (TB) and HIV.

Methods: Descriptive observational analytical cross-sectional study, with a quantitative approach using the Knowledge-Attitude-and-Practice (KAP) method in Mozambique, Gaza province, in the districts of Chongoene, Mabalane and Xai-xai. Descriptive and univariate analyzes were performed and values were expressed as absolute numbers and percentages. Comparisons of qualitative variables were performed using the chi-square test. P values <0.05 were considered significant. **Results:** A total of 81 participants classified as AP (29) and PS (52) were included in the study. About 39.7% of the PA and 55.7% of the PS know the TB signs and symptoms. With regard to the type of test required for the diagnosis of TB, 30.9% of correctional officers recognize the appropriate tests ($p<0.001$). Regarding HIV, 41.4% reported that there is a cure ($p<0.001$).

Conclusion: The results of this study demonstrate low knowledge of the AP exams necessary for the diagnosis of TB (BK, Gnextpert/MTB/RIF and culture) and that they believe that HIV is curable. In relation to the PS, the AP demonstrate less knowledge regarding TB and HIV. The continuing education of these professionals is essential to contribute effectively to protection, prevention, health promotion and the implementation of public health policies, reducing morbidity and mortality from TB and HIV in the prison system in Mozambique. **Manuscript II. Justification:**

People Deprived of Liberty (PDL) is classified as a group at high risk of contracting and transmitting infectious diseases, such as the human immunodeficiency virus, tuberculosis, viral hepatitis, syphilis, COVID-19, among others. **Objective:** to identify health care and surveillance actions for the detection of TB and HIV in People Deprived of Liberty in prisons in Mozambique.

Methods: Descriptive cross-sectional quantitative study carried in the province of Gaza, Mozambique in the districts of Xai-xai, Chongoene and Mabalane with health professionals (HP) and penitentiary agents (PA) using a questionnaire for interview in which descriptive and univariate analyzes were carried out regarding the infrastructure and flow network. **Results:** 100 health and safety professionals were invited to participate in the study, of which 81 answered the survey form, 52 (64.2%) HP and 29 (35.8%) PA. As for access to the specialized service for the treatment of TB and HIV, 72.42% of the PA do not know, all the PA and HS understand that there is no transfer flowchart for PDL in treatment for TB and HIV, and the testing is not carried out

entry point for TB and HIV upon admission to the penal institution. **Conclusion:** The study demonstrated the need to qualify PDL transfer flows in treatment for TB and HIV and the implementation of screening for infectious and contagious diseases at the prison gates. In this way, the study contributes with subsidies for managers linked to penitentiaries to make efforts to reduce, monitor and control TB and HIV in prisons.

Keywords: HIV, Tuberculosis, Health, Prison

Keywords: Assistance actions, health surveillance, TB, HIV, people deprived of liberty

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

PROTOCOLO

Figura 1. História natural da infecção pelo HIV	22
Figura 2. Evolução da TB após a infecção pulmonar	24
Figura 3. Algoritmo de testagem do HIV para testes rápidos em uso na rede de saúde de Moçambique	29
Figura 4. Algoritmo de testagem de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> em uso na rede de saúde de Moçambique.....	30

LISTA DE TABELAS

PROTOCOLO

TABELA 1. Regimes de TARV de primeira linha para adultos, mulheres grávidas ou amamentando, adolescentes e crianças.....	23
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Abacavir
APSS	Aconselhamento psicossocial
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
BAAR	Bacilo álcool-ácido resistentes
CEP	Comitê de ética e pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNBS	Comitê Nacional de Bioética para a Saúde
DTG	Doltegravir
EFZ	Efavirenz
FTC	Emtricitabina
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA
3TC	Lamivudina
LPV	Lopinavir
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
NVP	Nevirapina
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Pares de Bases
PPL	Pessoas privadas de liberdade
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
PPGPS	Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde
PCR	Reação em cadeia da polimerase
RIF	Rifampicina
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde Mulher e Ação Social

SUS	Sistema Único de Saúde
AIDS	Síndrome da imunodeficiência Adquirida
MDR-TB	TB denominada multidroga resistente
TB-MR	TB multirresistente
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TDF	Tenofovir disoproxil fumarato
TR	Testes Rápidos
TB	Tuberculose
TARV	Tratamento antirretroviral
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AZT	Zidovudina

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	4
DEDICATÓRIA.....	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	8
PROTOCOLO.....	10
LISTA DE TABELAS.....	11
PROTOCOLO.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	12
APRESENTAÇÃO.....	16
CAPÍTULO I.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E TUBERCULOSE NO CONTEXTO PRISIONAL.....	20
2.1 Vírus da imunodeficiência humana.....	20
2.2 Tuberculose.....	22
2.3 Epidemiologia do vírus da imunodeficiência humana e tuberculose.....	25
2.3.1 Epidemiologia do vírus da imunodeficiência humana e tuberculose em pessoas privadas de liberdade.....	26
2.4 Rastreamento do vírus da imunodeficiência humana e tuberculose.....	27
2.5 Atenção primária na detecção do vírus da imunodeficiência humana e tuberculose.....	30
2.6 Política nacional do sistema prisional moçambicano frente ao sistema prisional brasileiro.....	31
2.7 Compreensão interdisciplinar do objeto de estudo.....	33
3. OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivo geral.....	34

3.2 Objetivos específicos	34
CAPÍTULO II.....	35
MANUSCRITO I.....	35
MANUSCRITO II	35
MANUSCRITO I.....	36
MANUSCRITO II	39
AGRADECIMENTO	40
Contribuições dos autores.....	40
Conflitos de interesse.....	40
CAPÍTULO III.....	42
CONCLUSÕES GERAIS	43
NOTA A IMPRENSA.....	45
CAPÍTULO V.....	47
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	47
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXO A – UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC	54
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO MANUSCRITO II.....	59
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	63
ANEXO C – Carta de Aceite.....	66
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	68
ANEXO E: Instrução para os autores para submissão do artigos e I e II	74
ANEXO F: Confirmação da Submissão do Artigo.....	91
ANEXO G: Grade de alcance dos Objetivos especificos	93

APRESENTAÇÃO

De acordo com o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, a presente dissertação é composta por cinco capítulos. Fazem parte as seguintes seções: I) introdução, marco teórico e objetivos; II) manuscrito I e II; III) conclusões gerais; IV) nota à imprensa e V) relatório de campo. No final, ainda estão disponíveis os anexos A, B, C e D.

O capítulo I apresenta a introdução, problema de pesquisa, marco teórico e objetivos geral e específicos que embasam o desenvolvimento da presente dissertação.

No capítulo II constam os manuscritos I e II desenvolvidos a fim de atingir os objetivos específicos, sendo o manuscrito I intitulado “Conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes penitenciários e profissionais de saúde realcionadas a detecção de Tuberculose e HIV nas prisões da província de Gaza, Moçambique” e o manuscrito II, intitulado “Ações assistenciais e de vigilância em saúde para controle da Tuberculose e do HIV nas prisões de Moçambique”. O capítulo III apresenta as conclusões gerais da dissertação.

O capítulo IV traz uma Nota à Imprensa, que visa contribuir com a popularização da ciência e tecnologia que de forma resumida descreve o projeto de pesquisa e os resultados encontrados, bem como socializa os resultados encontrado com a comunidade.

Por último, o capítulo V contempla o relatório de campo, onde são apontadas as dificuldades encontradas, as mudanças realizadas em relação ao projeto de pesquisa inicialmente projetado e o sucesso alcançado.

A defesa da presente dissertação está prevista para fevereiro de 2023, frente a banca examinadora constituída seguindo as normas do regimento do programa.

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

As pessoas privadas de liberdade (PPL), em prisão preventiva ou condenados e sentenciados, somam-se mais de 11 milhões no mundo, destes, 1.635.400 pessoas estão nas prisões dos EUA, 835.643 do Brasil, 554.034 da Índia, 285.572 da Tailândia, 144.938 da África do Sul e 18.700 de Moçambique (WPB, 2022). No mundo, o aumento das PPL não foi acompanhado pela construção de infraestruturas penitenciárias. Isso levou a ambientes superlotados, insalubres, com espaços de convivência apertados e acesso reduzido aos requisitos básicos para a saúde humana tais como: luz natural, ar fresco, água potável, saneamento, alimentos, assistência medicamentosa adequada. Mais de 60% dos estabelecimentos prisionais de vários países estão superlotados. As pessoas na prisão mantêm o direito fundamental de gozar de boa saúde. As PPL muitas vezes chegam à prisão com problemas de saúde, incluindo condições médicas não tratadas ou não diagnosticadas e a falta de assistência médica fazem com que esses problemas se agravem, originado, muitas vezes, novos problemas de saúde entre as PPL, funcionários que trabalham nas prisões e familiares (HEARD, 2019; TAVOSCHI et al., 2018; WPB, 2022).

Em Moçambique existem 184 estabelecimentos prisionais, com capacidade de lotação total de 8.498 vagas. As prisões encontram-se superlotadas, sendo que em 2020 estavam em privação de liberdade cerca de 20.000 pessoas, ou seja, 135,34% acima da capacidade de lotação total. Até final de 2021 estavam em privação de liberdade nos estabelecimentos penitenciários da província de Maputo (3914), Nampula (2777), Manica (2393) e Gaza (1.868) PPL (WPB, 2021).

Se destacam nestes estabelecimentos prisionais graves problemas como a superlotação, a fraca nutrição, falta de higiene, dificuldade de acesso a cuidados médicos, o encarceramento de prisioneiros juvenis em instalações para adultos e a convivência entre as PPL condenadas e à espera de julgamento nas mesmas celas. Além disso, quase todas as prisões foram construídas na era colonial, em 1940, encontrando-se muitas delas em um avançado estado de degradação (MO, 2019).

A PPL é classificada como um grupo de alto risco de contrair e transmitir doenças infecciosas, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tuberculose (TB), hepatites virais, sífilis, COVID-19, entre outras (MOREIRA PUGA et al., 2019; VELEN; CHARALAMBOUS, 2021). A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende maiores esforços no controle, incluindo

metas ambiciosas para HIV e TB que visam alcançar, testar e tratar populações de alto risco, particularmente aqueles que estão nas prisões (VELEN; CHARALAMBOUS, 2021).

O reforço da atenção primária em populações vulneráveis ao HIV e TB constituem oportunidades para identificar epidemias concentradas dessas doenças infecciosas, pontos críticos de transmissão ou seus reservatórios. Essas populações vulneráveis incluem mineiros, crianças, migrantes, prisioneiros, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas ou álcool e pessoas com HIV (PETERS et al., 2019).

Observa-se uma elevada taxa de reincidência no sistema prisional, ocorrendo uma alta circulação de pessoas presas na comunidade em geral, ou seja, são potenciais portadores de doenças transmissíveis que representam riscos para si próprios, suas famílias e a comunidade no geral, com efeitos prejudiciais sobre saúde pública. A OMS afirma que, em alguns locais, os serviços de controle, prevenção e tratamento de HIV e TB nas prisões são indisponíveis, apesar da prevalência do HIV e TB na prisão ser em média 15 vezes maior do que na população adulta em geral (GONDWE et al., 2021). Além disso, pessoas que vivem com HIV são 28 vezes mais propensas a contrair TB, que é um risco substancial para a saúde de PPL (SAITA et al., 2021).

Neste contexto, a PPL não é suficientemente priorizada nos principais documentos de política nacional do controle do HIV e TB, e Moçambique é um destes países, no qual os programas nacionais de controle de doenças infectocontagiosas, de educação prisional não estão integrados nos documentos de política nacional. Além disso, a notificação internacional de casos de HIV e TB entre prisioneiros continua sendo muito elevada (VELEN; CHARALAMBOUS, 2021).

A detecção de casos de HIV e TB na PPL constitui um dos fatores determinantes nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nesta população, tanto dentro do sistema prisional, quanto fora após a sua soltura. Dessa forma, levanta-se o problema de pesquisa: quais são as ações assistenciais, de vigilância em saúde, conhecimentos, atitudes, práticas de profissionais de saúde e agentes penitenciários relacionadas à detecção de HIV e TB desenvolvidas, e como os profissionais auxiliam nas medidas de controle nas cadeias da província de Gaza, Moçambique?

2. VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E TUBERCULOSE NO CONTEXTO PRISIONAL

O HIV e a TB são infecções primárias transmissíveis com potencial muito alto para causar morbidade grave em ambientes prisionais. A triagem, o diagnóstico rápido e o monitoramento dos pacientes com HIV e TB constituem fatores determinantes para o controle e a quebra da transmissão no contexto prisional (WALI et al., 2019).

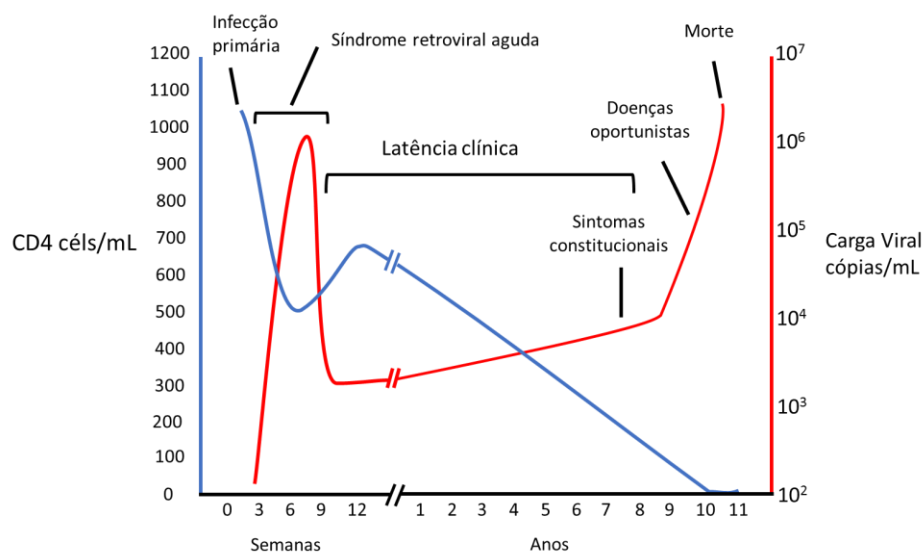
2.1 Vírus da imunodeficiência humana

O HIV é um vírus de RNA com envelope, do gênero *lentivirus* pertencente à família Retroviridae. O vírus foi isolado e posteriormente identificado como o agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), em 1983. O genoma viral, que consiste em duas cópias de um RNA de fita simples, codifica proteínas estruturais, regulatórias e acessórias. Como em outros vírus envelopados, a ligação do vírus aos receptores da superfície celular é mediada pelo envelope de glicoproteínas, que desempenham um papel crítico no início da infecção viral. O HIV-1 infecta principalmente células CD4+, Células T, macrófagos e células dendríticas, causando defeitos funcionais e danos ao sistema imunológico (TROVATO et al., 2018).

Indivíduos com HIV desenvolvem sinais e sintomas no início como febres altas recorrentes, dores de cabeça, diarreia, aparecimento de gânglios linfáticos nas virilhas, lesões herpéticas, astenia, fadiga e a síndrome de imunorreconstituição. As complicações relacionadas à doença crônica que evoluem para AIDS são pulmonares, neurológicas, cardiovasculares, hepática, metabólica, renal, gastrointestinal, hematológica, musculoesquelética, reumática e dermatológica (CHU; POLLOCK; SELWYN, 2017).

A Figura 1 elucida a história natural da infecção pelo HIV a partir da infecção primária com as células CD4+ elevadas, síndrome retroviral aguda, período de latência clínica, surgimento das doenças oportunistas, aumento da carga viral e a diminuição das células CD4+ e, conseqüentemente, a morte.

Figura 1. História natural da infecção pelo HIV.



Fonte: adaptado de SANTOS, 2019.

Para a detecção do HIV, o diagnóstico sorológico é realizado através da pesquisa de anticorpos pelos testes rápidos (TR), imunoenaios e confirmatórios como o Western Blot e a técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR), que determina o RNA ou o DNA viral. A técnica de PCR pode ser realizada com base no uso de tecnologias simplificadas de diagnóstico de HIV, de nome m-PIMA, e também por meio de tecnologias avançadas que consistem na inoculação de 50µl de sangue em papel de filtro com manchas de sangue seco (dried blood spot; DBS) (APPLETON et al., 2020).

O início precoce do tratamento antirretroviral (TARV) e outras intervenções reduzem efetivamente o risco de progressão clínica para a AIDS e a mortalidade. Além disso, estudos mostraram que o TARV leva à supressão viral, sendo importante para evitar infecções oportunistas (OWENS et al., 2019).

A Tabela 1 elucida os regimes do TARV, de primeira linha e esquemas alternativos de primeira linha para adultos, mulheres grávidas ou lactantes, adolescentes, crianças de três anos a menos de 10 anos e crianças com menos de três anos em Moçambique.

Tabela 1. Regimes de TARV de primeira linha para adultos, mulheres grávidas ou amamentando, adolescentes e crianças em Moçambique.

TARV de primeira linha	Primeira linha preferência	Esquemas alternativos de primeira linha
Regimes		
Adultos	TDF + 3TC + DTG	AZT + 3TC + EFV(NVP) TDF + 3TC(FTC) + DTG TDF + 3TC(FTC) + EFV TDF + 3TC(FTC) + NVP
Mulheres Grávidas ou lactantes	TDF + 3TC(FTC) + DTG	AZT + 3TC + EFV(NVP) TDF + 3TC(FTC) + NVP
Adolescentes	TDF + 3TC(FTC) + DTG	AZT + 3TC + EFV(NVP) TDF(ABC) + 3TC (FTC) + DTG TDF (ABC) + 3TC (FTC) + EFV TDF(ABC) + 3TC (FTC) + NVP
Crianças de 3 anos a 10 anos	ABC + 3TC + DTG	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV (NVP) TDF + 3TC(FTC) + EFV (NVP)
Crianças com menos de 3 anos	ABC (AZT) + 3TC + DTG	ABC (AZT) + 3TC + NVP

Fonte: Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública - Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV e SIDA. Guião de manejo do paciente com doença avançada por HIV; Maputo; p. 51-52; 2022

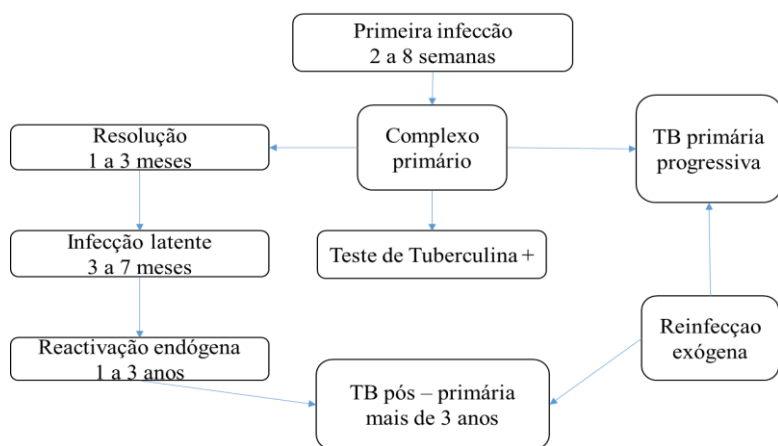
2.2 Tuberculose

A TB é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, descrita em 1882 pelo bacteriologista alemão Robert Koch. Ele conseguiu isolar o microrganismo que ficou mundialmente conhecido como *bacilo de Koch*, em sua homenagem. A forma de propagação do microrganismo é pelo ar, através da fala, do espirro principalmente, da tosse por uma pessoa com doença ativa, sendo sua transmissão direta, ou seja, de pessoa para pessoas, podendo aumentar ainda mais a probabilidade de contágio em ambientes fechados ou com pouca ventilação e aglomerado populacional (BANTA et al., 2020).

Os sinais e sintomas e a manifestação da doença dependem do equilíbrio entre o patógeno e a imunidade do hospedeiro, especialmente por vários fatores, incluindo idade, estado nutricional, vacinação pelo Bacilo de Calmette Guérin (BCG) e o estado imunológico. Pode se manifestar em qualquer período na vida, razão pela qual é importante determinar o histórico de contato com casos da TB na comunidade para a quebra da cadeia de transmissão e controle. Pacientes com TB presuntiva desenvolvem sinais radiológicos após infecção por *M. tuberculosis* em 60-80% dos casos, resultando em um processo inflamatório pulmonar localizado chamado foco parenquimatoso (foco de Ghon), nódulos linfáticos, após a disseminação, perda de peso, tosse por mais de duas semanas, sudorese noturna, síndrome febril (CARVALHO et al., 2018).

A Figura 2 faz menção a evolução da TB após a infecção pulmonar, elencando as fases de desenvolvimento da doença, desde a primeira infecção (duas a oito semanas), o complexo primário, a infecção latente (três a sete meses), a reativação endógena (um a três anos), até ao desenvolvimento da TB pós – primária (mais de três anos).

Figura 2. Evolução da TB após a infecção pulmonar.



Fonte: CARVALHO et al. (2018).

Os testes de diagnóstico para TB incluem os exames microbiológicos, como a baciloscopia do escarro corada pelo método de Ziehl Neelsen ou Auramina O, cultura e testes moleculares rápidos (endossados pela primeira vez pela OMS em 2010). A baciloscopia é uma técnica padronizada que consiste no esfregaço de uma amostra clínica (de secreção biológica - escarro), fixada em lâmina que é submetida à técnica de coloração de Ziehl-Neelsen ou Auramina O. A baciloscopia é baseada na capacidade das bactérias de incorporar e reter determinados corantes que identificam as bactérias ácido-álcool-resistentes (BAAR), na qual é possível visualizar os bacilos através do microscópio óptico e de fluorescência. Porém, esta técnica é de baixa sensibilidade (25 a 65%) se comparado com a cultura. A realização da baciloscopia compreende 3 passos importantes: execução do esfregaço, coloração do esfregaço e leitura microscópica do esfregaço corado. A execução do esfregaço pode ser feita diretamente a partir da amostra ou após a amostra passar pelo procedimento de descontaminação, fluidificação e concentração por agentes químicos (MADEIRA; AZAM; CADIR, 2018; OLIVEIRA FERREIRA DE BRITTO et al., 2019; WHO, 2020).

A cultura de escarro é considerada padrão-ouro para o diagnóstico da TB por apresentar alta sensibilidade e especificidade superior a 99%, porém permite diferenciar a espécie de BAAR detectada, apesar de apresentar resultados demorados em caso de amostra positiva, entre seis a oito semanas em relação ao exame de Genexpert. Diante das limitações dos testes convencionais para o diagnóstico da TB, novas tecnologias surgiram para a detecção do *M. tuberculosis* e da resistência à rifampicina. O teste GeneXpert MTB/RIF (Cepheid®, USA), endossado pela OMS em 2010, é uma técnica de diagnóstico de PCR em tempo real a partir de uma sequência de 81pb do gene *rpoB* específico do complexo *M. tuberculosis*, no qual podem ser identificadas as principais mutações relacionadas a resistência à rifampicina (RIF). Essa técnica não depende do resultado da cultura, detecta a presença de DNA de bacilos do complexo *M. tuberculosis* e a resistência à rifampicina diretamente da amostra de escarro, disponibilizando resultados em até duas horas, com alta sensibilidade (95% a 99%) e especificidade (98%). Em contrapartida, essa técnica apresenta um alto custo em comparação às demais técnicas disponíveis e rotineiramente utilizadas para diagnóstico de TB (SILVA et al., 2019).

O tratamento básico para casos novos de todas as formas de TB, pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite), infectados ou não pelo HIV, consiste em uma associação de fármacos chamados de primeira linha. Este tratamento é dividido em duas fases: a primeira, chamada de fase

intensiva, tem duração de dois meses e utilizam-se quatro fármacos: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. A segunda fase tem duração de quatro meses e é chamada de fase de manutenção, e nesta, somente dois fármacos são utilizados: a rifampicina e a isoniazida. A resistência aos fármacos utilizados no esquema básico de tratamento, especificamente à rifampicina e isoniazida, caracteriza a forma resistente da TB denominada multidroga resistente (MDR-TB) (ARCO JUNIOR et al., 2018).

2.3 Epidemiologia do vírus da imunodeficiência humana e tuberculose

Globalmente, uma estimativa de 10,0 milhões (variação de 8,9-11,0 milhões) de pessoas adoeceram por TB em 2019, número que tem diminuído muito lentamente nos últimos anos. Havia uma estimativa de 1,2 milhões de mortes por TB entre pessoas HIV negativas em 2019 (uma redução de 1,7 milhão em 2000), e um adicional de 208.000 mortes, entre pessoas soropositivas (homens com idade ≥ 15 anos) representavam 56% das pessoas que desenvolveram TB em 2019; as mulheres representaram 32% e crianças (<15 anos) 12%. Entre todos os afetados, 8,2% eram pessoas vivendo com HIV (WHO, 2022).

A região da África Subsaariana é a mais afetada, com cerca de 72% no total de pacientes registrados com coinfeção HIV/TB, onde em alguns países, registraram-se mais de 500 casos de TB por 100.000 habitantes. Entre os locais com maiores registros de TB, TB-MDR e HIV/TB destacam-se 14 países, dos quais estão as antigas Repúblicas Soviéticas, Índia, China, África do Sul, Bangladesh, Zimbábwe, Quênia e Moçambique, contendo mais de 50% dos casos (ARCO JUNIOR et al., 2018; BULLED; SINGER, 2020). A África do Sul abriga a maior epidemia de HIV do mundo, com cerca de 7 milhões de pessoas vivendo com HIV e 180.000 mortes devido à AIDS, em 2015. A África do Sul também tem uma das maiores taxas de incidência de TB do mundo (834/100.000), e uma estimativa de que 73% dos pacientes com TB estão coinfectados com HIV/TB (STEVENSON et al., 2020).

Em Moçambique, o HIV e TB também são um problema de saúde pública. Entre 2015 e 2017, registrou-se um aumento no número de casos diagnosticados na ordem de 40,5%. No entanto, a evolução em termos percentuais ainda está longe de alcançar a meta estimada pela OMS, que se refere a 159.000 casos. Em 2017, o país reportou 86.515 casos novos de TB, que se traduz em 319 casos/100.000 habitantes e 22.000 óbitos que viviam com HIV e TB (MISAU, 2020). Segundo o Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA, 2022), a

taxa de prevalência do HIV em Moçambique na população de 15-49 anos é de 12,5%. A prevalência é de 15,0% nas mulheres e de 9,5% nos homens. As províncias de Gaza (20,9%), Zambézia (17,1%), Maputo Cidade (16,2%), Maputo (15,4%) apresentam as taxas mais elevadas de HIV, enquanto as províncias de Tete (8,4%), Niassa (8,0%) e Manica (7,9%) apresentam as taxas de prevalência mais baixas. A incidência de HIV entre mulheres e homens de 15-49 anos é de 6 novas infecções por 1.000 pessoas-anos de exposição (INE, 2022).

2.3.1 Epidemiologia do vírus da imunodeficiência humana e tuberculose em pessoas privadas de liberdade

A prevalência do HIV entre a PPL foi relatada em diferentes continentes, sendo 20% na África, 11% nos países da América Latina, 10% no Oriente Médio, 2% na Austrália e 2% na América (SAYYAH et al., 2019). No Brasil, em 2017, mais de 69.500 novos casos de TB foram relatados, dos quais 7.297 casos, correspondentes a 10,5%, diziam respeito ao PPL (FERREIRA et al., 2019). Em 2012, a prevalência de HIV em PPL foi de 41% na África do Sul, 28% na Costa do Marfim, 27% na Zâmbia e Zimbábue (GONDWE et al., 2021).

A prevalência do HIV em prisões sul-africanas foi estimada em 50 vezes maior que na população não prisional. Uma estimativa de 2016 relatou que mais de 668.000 pessoas estão presas, sendo as mulheres com maior prevalência de HIV (VAN HOUT; MHLANGA-GUNDA, 2019). A taxa de prevalência da TB em PPL na África do Sul está entre as mais altas do mundo, estimada em 413 casos/100.000 habitantes, tendo em conta o status da epidemia de HIV no contexto de instalações prisionais sul-africanas (STEVENSON et al., 2020).

Em 2016, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Política e a Declaração para a erradicação da AIDS até 2030. O acordo visa comprometer os estados membros signatários com as metas de tratamento '90-90-90' para que em 2020, 90% das pessoas que vivem com o HIV saibam sobre seu estado, 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebam TARV sustentada e 90% das pessoas que receberem TARV apresentem supressão viral (SHERWOOD et al., 2017; UNAIDS, 2014). Como forma de cumprir com as metas 90-90-90, até dezembro de 2020, Moçambique tinha 82% das pessoas vivendo com o HIV que conheciam o seu estado, destas, 68% estavam em tratamento antirretroviral e somente 56% é que tinham atingido a supressão viral, mostrando claramente quão grande é o desafio para o cumprimento das metas 90-90-90 (MISAU, 2020). Paralelamente, as Nações Unidas desenvolveram 169 metas para medir o progresso em

direção aos seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que incluía a meta de acabar com a epidemia de HIV até 2030 (SHERWOOD et al., 2017; UNAIDS, 2014).

Os desafios para cumprir as metas dos ODS são acabar com a TB como endemia, com a redução de 90% das taxas de mortalidade e 80% das taxas de incidência até 2030, de modo a eliminar a doença até 2050. A OMS lançou a estratégia “Acabar com a TB” (END TB) para apoiar estas metas, com meta adicional de que nenhum paciente precise arcar com custos catastróficos ou repercussões sociais causadas pela doença. Essa preocupação reflete a visão de que a TB constitui um ciclo vicioso para as populações mais vulneráveis, que sustenta a meta dos ODS, que trata de atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, e é complementar e indissociável para o controle da TB. Para atingir essas metas, são recomendados três pilares de ações aos governos: cuidados e prevenção centrados no paciente e integrados aos demais cuidados, políticas arrojadas e sistemas de saúde fortes, e intensificação de pesquisas inovação (TRAJMAN; SARACENI; DUROVNI, 2018).

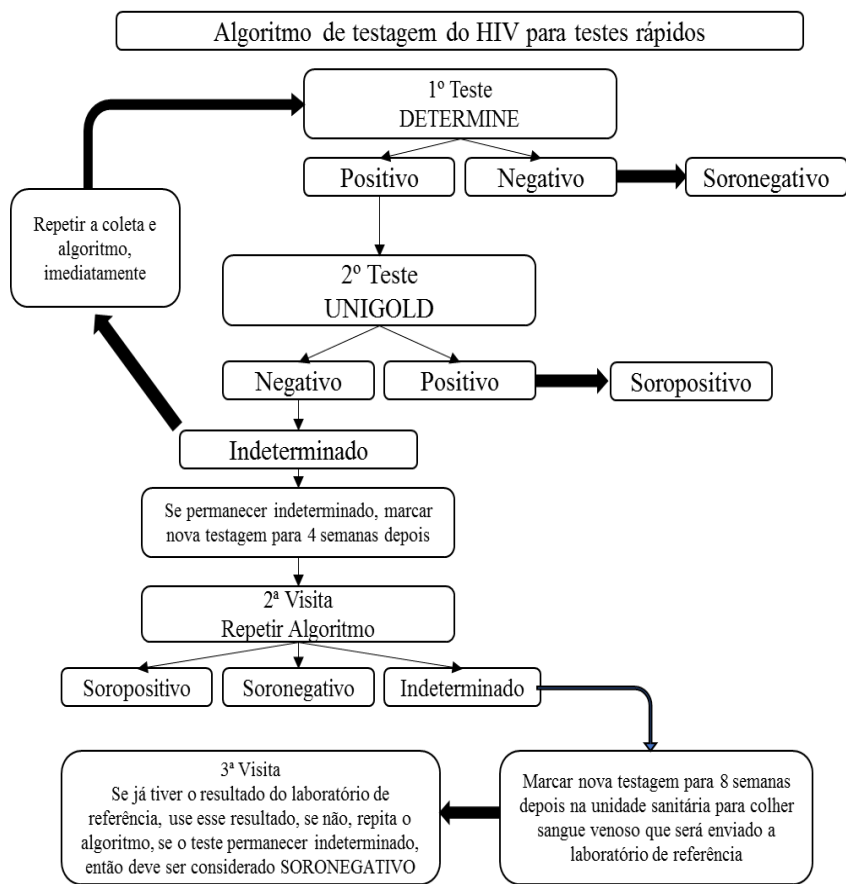
2.4 Rastreamento do vírus da imunodeficiência humana e tuberculose

A OMS recomenda o rastreamento de HIV, TB, Hepatites e Sífilis em populações de alto risco para reduzir a morbidade, mortalidade e sua transmissão. Sabendo que as PPL apresentam um risco alto em vários países no mundo (MONTAÑO et al., 2018), a educação, capacitação e treinamento abrangente de saúde focalizada para equipes de segurança e saúde nas prisões constitui uma base importante para o rastreamento do HIV e TB (HERCE et al., 2018).

Em Moçambique, o rastreamento e o diagnóstico de HIV e TB são realizados principalmente aos pacientes, incluindo PPL, em centros e postos de saúde com queixas de sinais e sintomas relacionados com o HIV e TB, através de teste rápido sorológico para HIV, baciloscopia, e o teste GeneXpert MTB/RIF (Xpert) para tuberculose, conforme recomendado pela OMS (DE SCHACHT et al., 2019). Moçambique tem uma taxa de cobertura do teste HIV de 88% nas áreas rurais e 69% nas áreas urbanas. Em relação ao sexo, a taxa de cobertura é de 83% entre as mulheres e 72% entre os homens (INE, 2015).

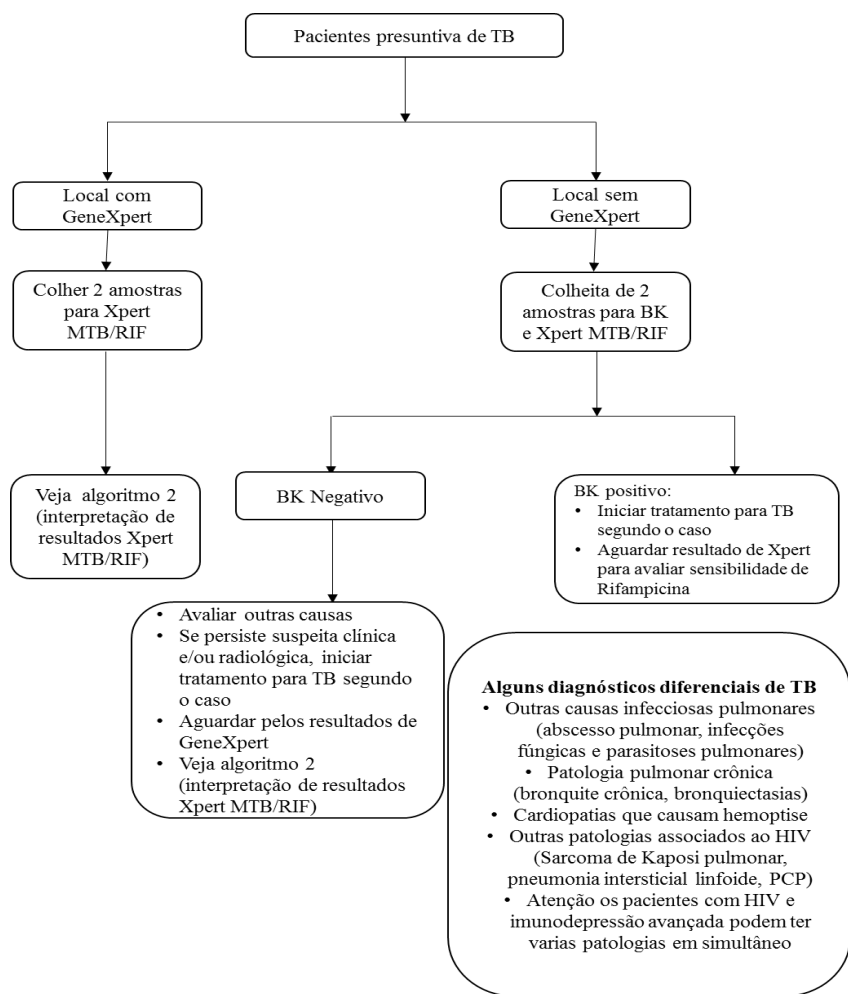
Os instrumentos de rastreabilidade de HIV e TB, usados pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), são adaptados das normas da OMS para o rastreamento de HIV e TB, conforme ilustram as Figuras 3 e 4, respetivamente.

Figura 3. Algoritmo de testagem do HIV para testes rápidos em uso na rede de saúde de Moçambique.



Fonte: MISAU. Relatório Anual das Actividades Relacionadas a HIV-SIDA 2019. p. 103, 2020

Figura 4. Algoritmo de testagem de *Mycobacterium tuberculosis* em uso na rede de saúde de Moçambique.



Fonte: MISAU. Relatório Anual das Actividades Relacionadas a HIV-SIDA 2019. p. 103, 2020

2.5 Atenção primária na detecção do vírus da imunodeficiência humana e tuberculose

A atenção primária é mais do que um dos primeiros pontos de cuidados primários, contato do paciente com a US na fase inicial, sendo esta realizada ao nível dos postos e centros de saúde. É o processo central de um sistema de saúde e deve ser acessível a todos os pacientes, de modo que permita realizar a gestão das fases iniciais de qualquer enfermidade, proporcionando primeiro contato, continuidade e integração de cuidados, tornando-se uma forma eficaz de gerenciar as doenças transmissíveis como HIV e TB (VARGHESE et al., 2019). É fundamental garantir as condições de infraestrutura, ambientais e nutricionais adequadas para uma convivência saudável no sistema penitenciário moçambicano no que concerne à atenção à saúde. A superlotação inabilita a instituição a prover a alimentação adequada, bom saneamento básico do meio e serviços de saúde adequados, aumentando, assim, a prevalência e incidência de doenças, como o HIV e TB (ANLI; CRUZ; OLIVEIRA, 2020).

Os complexos penitenciários representam ambientes de propagação de HIV e TB devido ao confinamento, que é marcado por celas de prisão superlotadas, insalubres e inadequadas condições de infraestrutura, falta de equipamentos, recursos humanos, dificuldades de comunicação com o sistema de saúde, conceitos errôneos sobre a doença, pobre desempenho de equipes multiprofissionais não qualificadas para detecção e gerenciamento, bem como falha em realizar educação em saúde para os agentes penitenciários e as PPL (FERREIRA et al., 2019).

Sabe-se que uma das principais dificuldades no diagnóstico ao paciente exposto ao HIV e TB, com a coinfeção HIV e TB, é que estes exames, o seu tratamento e controle são realizados separadamente para HIV e TB. Mesmo na maioria de casos, pacientes com HIV e TB são tratados com TARV em outro estabelecimento e para TB em uma unidade de saúde de atenção primária, em geral terceiro ou segundo nível de atendimento (GARCÍA-FERNÁNDEZ; BENITES; HUAMÁN, 2017).

Neste contexto, a OMS e outras organizações internacionais recomendam a implementação de atividades colaborativas em HIV e TB. As recomendações da OMS se concentram na implementação (fortalecimento) de serviços integrados para HIV e TB, redução da carga de doenças e acesso aos serviços TARV e de tratamento de TB em forma de paragem única ao nível do centro de saúde (GARCÍA-FERNÁNDEZ; BENITES; HUAMÁN, 2017). Assim sendo, o envolvimento contínuo nos cuidados de HIV e TB desde o diagnóstico, a ligação e retenção, à adesão à TARV/Tuberculostáticos contribui para supressão virológica e bacteriológica em PPL,

sendo necessárias para melhoria dos resultados epidemiológicos e clínicos, tendo em conta a quebra da cadeia de transmissão (PLATT et al., 2020).

Um estudo realizado na África Subsaariana cita barreiras para a detecção e cuidado, como o não entendimento da doença por não se sentir doente o suficiente para exigir tratamento por parte das PPL, elencando fatores como as características do sistema de saúde (por exemplo, longa espera de atendimento), como motivos para atrasar o diagnóstico e o início da TARV (BASSETT et al., 2017).

As prisões em países de baixa renda frequentemente não têm a infraestrutura (Unidade sanitária com laboratório) necessária para processar testes sorológicos convencionais. Ao lidar com laboratórios externos, financiamento, transporte de amostras e o acompanhamento dos resultados pode envolver uma logística complicada, uma vez que este processo implica recurso humano significativo e custos de laboratório. Em alguns casos, são necessárias várias semanas para obter os resultados, notificar e iniciar tratamento em PPL. Outro aspecto limitante na detecção de HIV e TB é o desempenho dos centros de saúde com laboratório abaixo do ideal em algumas circunstâncias, quando não processados em laboratórios com programas de controle de qualidade rigorosos (MONTAÑO et al., 2018).

2.6 Política nacional do sistema prisional moçambicano frente ao sistema prisional brasileiro

Em muitos países da África o nível de superlotação nas prisões é desumano, em que há falta de higiene, alimentação insuficiente, difícil acesso a cuidados médicos, falta de atividade física ou educação, bem como a incapacidade de manter laços familiares, tendo em mente que qualquer pessoa a quem seja negada a liberdade tem direito à dignidade humana, e que as normas universais sobre direitos humanos colocam uma proibição absoluta de tortura de qualquer descrição. Tendo em vista que alguns grupos de PPL, incluindo jovens, mulheres, idosos, mentalmente e fisicamente doentes, são especialmente vulneráveis e requerem atenção especial, que os menores devem ser separados dos presos adultos e que eles devem ser tratados de maneira adequada à sua idade, a declaração de Kampala orienta que os direitos humanos das PPL devem ser salvaguardados em todos os momentos e que as agências não governamentais devem ter um papel especial a esse respeito, que seja reconhecido e apoiado pelas autoridades (DECLARATION, 1996).

O sistema prisional Moçambicano tem a sua base legal no decreto-Lei 26.643, de 28 de maio de 1936, tornado extensivo na outrora a Moçambique como província ultramarina da República

de Portugal, com algumas alterações em 29 de dezembro de 1954, pelo decreto-lei 39.997. Com a independência Nacional, verificaram-se algumas modificações através da aprovação do decreto nº 1/75 de 27 de julho de 1975, que definiu as funções e atribuições de vários Ministérios, tendo ficado as prisões subordinadas ao Ministério da Justiça e posteriormente ao Ministério da Justiça e Interior (MOÇAMBIQUE, 2002).

Sendo Moçambique signatário da declaração de Kampala, através da resolução nº65/2002 de 27 de agosto, estabeleceu-se no programa quinquenal do governo, em 2002, a política prisional como um instrumento através da qual fixa o conjunto de medidas a curto, médio e longo prazo, de forma dinâmica e equilibrada para o desenvolvimento de um sistema prisional unificado e modernizado. Nesta política prisional são fixados os princípios fundamentais da missão dos serviços prisionais, objetivos a alcançar, as correspondentes estratégias a serem realizadas pelo governo na sua ação de direção e orientações das instituições de tutela do sistema prisional, sendo o Ministério da Justiça e Interior corresponsáveis do sistema prisional pela articulação com o Ministério da Saúde, que tem como objetivo conceber mecanismos exequíveis para prestação de serviços de saúde primária a PPL, desenvolvendo e potenciado em termos de recursos humanos e materiais os postos de saúde existentes no interior dos estabelecimentos prisionais (MOÇAMBIQUE, 2002).

No caso vertente do Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) nasce da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), quando se constatou o esgotamento deste modelo e a necessidade urgente de promover a inclusão efetiva das PPL ao Sistema Único de Saúde (SUS), cumprindo os princípios de universalidade e de equidade (BRASIL et al., 2014).

O PNSSP teve como objetivo aproximar a população penitenciária ao SUS, buscando garantir que o direito à cidadania se efetivasse em uma perspectiva de direitos humanos, sendo lançado em 9 de setembro de 2003, por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, pelos Ministérios da Saúde e da Justiça. As ações de atenção básica do PNSSP foram planejadas para serem oferecidas por equipes multiprofissionais que atuam “in loco” nas unidades prisionais, não contemplando, entretanto, a totalidade do itinerário carcerário (delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais) e tampouco as penitenciárias federais (BRASIL et al., 2014).

2.7 Compreensão interdisciplinar do objeto de estudo

A abordagem interdisciplinar abrange a pluralidade e a complexidade em seu objeto, sendo a área da saúde um campo interdisciplinar que deve partir da visão holística, compreendendo-a na troca de ideias entre diversas disciplinas. É um campo pluri e interdisciplinar, por conta da natureza biológica, social, cultural, religiosa, política e psicológica, para enfrentamento dos processos de saúde-doença e para a proposta centrada na qualidade de vida e de saúde dos indivíduos (MARAIS; KALLON; DUDLEY, 2019).

Nesta perspectiva, os cuidados de saúde assumem um conceito amplo, numa visão multidimensional pautados na integralidade dos sujeitos que reconhecem a pluralidade de saberes, desenvolvem atitudes para a consideração de todas as disciplinas na intenção de um cuidado integral e de promoção da saúde. É necessário que os profissionais entendam e reconheçam os limites do seu núcleo de ação e das tecnologias empregadas, em uma relação de parceria entre saúde e os demais saberes nas diferentes esferas do conhecimento. A interdisciplinaridade é uma estratégia para a qualidade dos cuidados de saúde (RODRIGUES, 2015).

Nesse sentido, nessa pesquisa participaram uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de saúde e agentes penitenciários.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar ações assistenciais e de vigilância em saúde e verificar quais os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde e agentes penitenciários relacionadas à detecção de TB e HIV nas prisões da província de Gaza, Moçambique.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar quais os conhecimentos, atitudes e práticas de agentes penitenciários e profissionais de saúde relacionadas à detecção de TB e HIV em Moçambique;
- identificar as ações assistenciais e de vigilância em saúde para detecção de TB e HIV em PPL nas prisões da província de Gaza, Moçambique;

~

CAPÍTULO II
MANUSCRITO I
MANUSCRITO II

MANUSCRITO I

Conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes penitenciários e profissionais de saúde relacionadas a detecção de Tuberculose e HIV nas prisões da província de Gaza, Moçambique

Revista: Jornal Brasileiro de Pneumologia

Qualis da revista: B1

Fator de impacto: 2.800

Situação: Submetido

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES
PENITENCIÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE RELACIONADAS A DETECÇÃO
DE TUBERCULOSE E HIV NAS PRISÕES DA PROVÍNCIA DE GAZA,
MOÇAMBIQUE**

**KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF PRISON OFFICERS AND
HEALTH PROFESSIONALS RELATED TO TUBERCULOSIS AND HIV DETECTION
IN PRISONS OF GAZA PROVINCE, MOZAMBIQUE**

Ivinildo José Vilichane¹; Tiago Antônio Heringer¹; Karine Zenatti Ely¹; Augusto Jorge Mabjaia²;
Reinaldo Antonio Silva Sobrinho³; Andréia Rosane de Moura Valim¹; Lia Gonçalves Possuelo¹

1. Graduate Program in Health Promotion at the *Universidade de Santa Cruz do Sul* (UNISC), Brazil

2. Provincial Health Services (SPS) Gaza, Mozambique

3. Graduate Program in Public Health in a Border Region –Unioeste at the *Universidade Estadual do Oeste do Paraná*

This work was carried out in the Provincial Health Services and National Penitentiary Service in Gaza province, Mozambique

Abstract

Objective: to verify prison officers' (PO) and health professionals' (HP) knowledge, attitudes and practices related to tuberculosis (TB) and HIV detection. **Methods:** this is an observational analytical cross-sectional descriptive study, with a quantitative approach, using the Knowledge-Attitude-and-Practice (KAP) method, in Mozambique, Gaza province, in Chongoene, Mabalane and Xai-Xai districts. Descriptive and univariate analyzes were performed and values were expressed as absolute numbers and percentages. Comparisons of qualitative variables were performed using the chi-square test. P-values <0.05 were considered significant. **Results:** a total of 81 participants classified as PO (29) and HP (52) were included in the study. About 39.7% of PO and 55.7% of HP know TB signs and symptoms. With regard to the type of test required for TB diagnosis, 30.9% of PO recognize the appropriate tests (p<0.001). Regarding HIV, 41.4% reported that there is a cure (p<0.001). **Conclusion:** the results of this study demonstrate PO's low knowledge level about the tests necessary for TB diagnosis (RDT for TB, BK, Gnexpert/MTB/RIF and culture) and that they believe that HIV is curable. In relation to HP, PO demonstrate less

knowledge regarding TB and HIV. The continuing education of these professionals is essential to effectively contribute to protection, prevention, health promotion and implementation of public health policies, decreasing morbidity and mortality from TB and HIV in Mozambique's prison system.

Keywords: HIV, Tuberculosis, Health, Prison.

MANUSCRITO II

Ações assistenciais e de vigilância em saúde para detecção de TB e HIV em Pessoas privadas de Liberdade nas prisões da província de Gaza, Moçambique

Revista: Journal of Public Health in Africa

Qualis:

Fator de impacto: 0.598

Situação: não submetido

Ações assistenciais e de vigilância em saúde para controle da Tuberculose e do HIV nas prisões de Moçambique

Ivinildo José Vilichane¹; Tiago Antônio Heringer¹; Karine Zenatti Ely¹; Augusto Mabjaia²; Andréia Rossane de Moura Valim¹; Lia Gonçalves Possuelo¹

¹Programa de pós-graduação em promoção da saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC(RS, Brasil); ²Serviços Provinciais de Saúde (SPS)-Gaza, Moçambique

AGRADECIMENTO

O sucesso e a conclusão de qualquer tarefa é acompanhada pela satisfação, contudo esta seria incompleta sem reconhecer as instituições e pessoas que tornaram isso possível. Reconhecemos a contribuição e cooperação do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Santa Cruz do Sul (PPGPS-UNISC), Serviços Provinciais de Saúde de GAZA (SPS-GAZA), Direcção Provincial de Saúde (DPS-GAZA), Serviço Nacional Penitenciário de Moçambique (SERNAP), funcionários dos centros de saúde e penitenciárias de Xai-xai, Chongoene, Mabalane respectivamente.

Autor correspondente: Lia Gonçalves Possuelo; E-mail: liapossuelo@unisc.br; +55518471-3720

Palavras chaves: Ações , vigilância, TB, HIV, Prisões

Contribuições dos autores

IJV, LGP, ARMV e TAH conceberam o estudo e desenvolveram o protocolo e contribuíram para a interpretação dos dados. IJV, KZE, LGP redigiram o artigo. AM análise de dados. IJV, TAH, ARMV, KZE e LGP contribuíram para sua versão final e aprovaram submissão do manuscrito. Os dados deste manuscrito fizeram parte da dissertação de mestrado em português de IJV. Os autores leram e aprovaram o manuscrito final.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

RESUMO

Justificação: As Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) são classificadas como um grupo de alto risco de contrair, transmitir doenças infecciosas, como o vírus da imunodeficiência humana, tuberculose, hepatites virais, sífilis, COVID-19, entre outras. **Objetivo:** Identificar as ações assistenciais e de vigilância em saúde para detecção de TB e HIV em PPL nas prisões de Moçambique. **Métodos:** Estudo quantitativo transversal descritivo realizado na província de Gaza, Moçambique nos distritos de Xai-xai, Chongoene e Mabalane com profissionais de saúde (PS) e agentes penitenciários (PA) utilizando um questionário para entrevista na qual foram realizadas análises descritivas e univariadas referente a infraestrutura e rede de fluxos. **Resultados:** Foram convidados a participar do estudo 100 profissionais de saúde e segurança, dos quais 81 responderam ao formulário de pesquisa, 52 (64,2%) HP e 29 (35,8%) PA. Quanto ao acesso ao serviço especializado para tratamento de TB e HIV, 72,42% dos PA não sabem, todos os PA e PS entendem que não existe fluxograma de transferência para PDL em tratamento para TB e HIV, a testagem não é realizada na porta de entrada para TB e HIV ao ingresso na instituição penal. **Conclusão:** O estudo evidenciou a necessidade de qualificar os fluxos de transferência do PDL em tratamento de TB e HIV e a implantação da triagem para doenças infectocontagiosas no ingresso a prisão. Dessa forma, o estudo contribui com subsídios para que os gestores vinculados às penitenciárias envidem esforços para reduzir, monitorar e controlar a TB e o HIV nas prisões.

Palavras chaves: Ações , vigilância, TB, HIV, Prisões

CAPÍTULO III

CONCLUSÕES GERAIS

A partir dos resultados obtidos na presente dissertação, conclui-se que:

- ✓ A amostra da presente dissertação foi composta 81 participantes dentre eles 29 (35,8%) agentes penitenciários (AP) e 52 (64,2%) profissionais de saúde (PS) que atuam na atenção primária em TB e HIV nas penitenciárias e centros de saúde onde decorreu o estudo. Para os AP maior parte dos participantes eram do sexo masculino enquanto os PS eram do sexo feminino.
- ✓ Um total de 16 (55,1%) AP tem mais de 10 anos de tempo de serviço, 29 (55,7%), PS tinham entre 1 e 5 anos de tempo de serviço e 11 (37,9%) AP e 36 (69,2%) PS tem formação em cuidados primários de pacientes com TB e HIV.
- ✓ Mais de dois Terços dos AP e PS entendem a TB como doença grave e reconhecem as formas de transmissão e contágio, porém os AP desconhecem os sintomas da TB. Os profissionais que participaram do estudo acreditam na cura da TB e consideram que a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a solicitação de baciloscopia são as principais ações para o controle da TB. Os AP e PS reconhecem a vulnerabilidade de contrair a TB devido ao tipo de trabalho, convívio e contato permanente com pessoas com TB e buscariam tratamento em uma unidade sanitária como primeira opção caso estivessem com suspeita da doença. Em relação ao sentimento dos AP e PS, quanto aos pacientes com TB, menos de um terço dos AP e dois terços dos PS tem medo de se contaminar. Menos de um terço dos AP não conhecem os exames adequados para o diagnóstico da TB, enquanto os PS têm esse conhecimento
- ✓ Mais de dois terços dos AP e PS reconhecem que o risco de transmissão de HIV pode ser reduzido se houver apenas único parceiro sexual, fiel e não infectado, porém tanto os AP e PS entendem que a aparência saudável de uma pessoa não impede de ter HIV. Mais de dois terços dos AP e PS reconhecem que o uso de preservativo é a melhor forma de evitar o HIV durante a relação sexual. Um terço dos AP considerou que o HIV tem cura e mais de dois terços dos PS acredita que o HIV não tem cura. Mais de dois terços de AP e PS fizeram o teste de HIV, porém menos de um terço dos AP reconhecem o risco médio e mais da metade de PS risco de baixo de contrair HIV. Os profissionais que participaram do estudo acreditavam que uma pessoa em tratamento para HIV tem menor possibilidade de transmitir o vírus e reconhecem o microrganismo

causador da HIV. Em relação aos exames necessários para se realizar o diagnóstico do HIV menos de um terço dos AP não reconhecem os exames necessários para o diagnóstico de HIV, enquanto os PS mais de dois terços tinha esse conhecimento

- ✓ Devido a precariedade do sistema prisional, o despreparo, a falta de informação e formação por parte dos AP os resultados obtidos neste estudo em relação aos conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes penitenciários e profissionais de saúde demonstram baixo conhecimento dos AP em relação aos sintomas, exames (BK, Genexpert/MTB/RIF e cultura) necessários para o diagnóstico da TB e excelente conhecimento em relação a cura e tratamento da TB em Moçambique. Para o HIV demonstra o conhecimento satisfatório em relação a cura da AIDS por parte dos AP e excelente por parte dos PS, mais ainda existe um percentual muito alto quase a metade dos AP acredita que o HIV tem cura, e o risco de contair o HIV e exames necessários para o diagnóstico de HIV os AP demonstram baixo conhecimento em relação aos PS. Neste contexto os AP e PS demonstram boas práticas e atitudes em relação a TB e HIV. A capacitação dos profissionais contribuiu de forma efetiva na proteção, prevenção, promoção da saúde e na implementação das políticas públicas de saúde, diminuindo a morbidade e mortalidade por TB e HIV no sistema prisional, e consequentemente na população em geral, rumo ao o alcance das metas globais da Agenda 2030 e da Meta 95-95-95.
- ✓ No entanto o estudo demonstrou que as PPL tem acesso ao exame de Baciloscopia, Genexpert/MTB/RIF e Raio X de torax (são referenciados) e a tratamento especializado para estas doenças. Neste contexto apontou a falta de um fluxo de transferência da PPL em tratamento para TB e realização de testagem e rastreio para doenças infectocontagiosas aos ingressantes nas instituições penais. Dessa forma, o estudo contribuiu com subsídios para os AP, PS e outros gestores ligados as penitenciárias para que envidem esforços para reduzir, monitorar e controlar a TB e HIV nas prisões, melhoramento da políticas públicas de saúde com enfoque nas PPL olhando para a características das mesmas.

CAPÍTULO IV
NOTA A IMPRENSA

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA DETECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NAS CADEIAS DA PROVÍNCIA DE GAZA, MOÇAMBIQUE

A escolha deste tema para dissertação prende-se pelo fato do pesquisador ser cidadão de um país em que a incidência e prevalência da TB e HIV serem mais elevadas do mundo e residir em uma Província com a incidência e prevalência de HIV mais elevada do País. Também pelo fato das populações privadas de liberdade constarem no leque das Populações vulneráveis.

Estudo realizado na província de Gaza, Moçambique, concretamente nos centros de saúde (Xai-xai, Chongoene e Mabalane) e penitenciárias (Xai-xai, Chongoene e Mabalane) em agentes penitenciários e profissionais de saúde que atuam na atenção primária em populações privadas de liberdade. A pesquisa contou com a participação de 81 profissionais sendo 29 agentes penitenciários e 52 profissionais de saúde, com predomínio de indivíduos do sexo feminino, tendo os agentes penitenciários mais de 10 anos de tempo de serviço e profissionais de saúde entre 1 a 5 anos de tempo de serviço, com ensino médio concluído na sua maioria.

Os pesquisadores observaram que os resultados obtidos neste estudo em relação à Avaliação das ações assistências e de vigilância em saúde para detecção da tuberculose e HIV em pessoas privadas de liberdade nas prisões da província de Gaza, Moçambique apontam para a necessidade de capacitação permanente dos profissionais, especialmente os agentes penitenciários, em relação às medidas de controle e prevenção da TB e do HIV no sistema prisional de Moçambique. A capacitação adequada dos profissionais contribui de forma efetiva para a implementação das políticas públicas de saúde, diminuindo a morbidade e mortalidade por TB e HIV no sistema prisional, e conseqüentemente na população em geral, rumo ao o alcance das metas globais da Agenda 2030, e da Meta 95-95-95

A pesquisa poderá auxiliar a gestão das penitenciárias na definição de estratégias de promoção à saúde, visando com isso melhorar a gestão das populações privadas de liberdade com sinais e sintomas e diagnóstico positivo para Tuberculose e HIV quebrando a cadeia de transmissão. Este estudo trata-se de uma dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, sendo o pesquisador responsável, o mestrando Ivinildo José Vilichane, que foi orientado pela Dr^a Lia Gonçalves Possuelo e coorientada pela Dr^a Andreia Rossane de Moura Valim.

CAPÍTULO V
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

Desde da minha graduação em 2013 senti a necessidade de fazer um Mestrado e Doutorado na área de ciências de saúde para agregar mais conhecimento sobre várias temáticas das ciências da saúde atendendo a minha área de atuação profissional, os desafios prementes no meu dia-dia laboraL em um país em vias de desenvolvimento, com um sistema de saúde refém da falta de meios auxiliares de diagnóstico e quadros qualificados na área urge esta necessidade.

O projeto de pesquisa desenvolvido para a presente dissertação também foi submetido ao Comitê Institucional de Bioética de Gaza-Moçambique (CIBS-Gaza) com o parecer N° IRB00002657 e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), CAAE: 56103721.4.00005343, N° do Parecer: 5.558.613, atendendo à Resolução 466/2012.

As instituições parceiras nesta dissertação foram: Serviços províncias de Saúde de Gaza (SPS), Direcção Provincial de Saúde de Gaza, Serviço nacional Penitenciário (SERNAP) sobre tudo as Penitenciárias de Xa-xai, Chongoene e Mabalane.

Foram as dificuldades da presente dissertação, a aprovação tardia do termo de confidencialidade de proteção de dados, falta de internet, falta de transporte para o deslocamento ao distrito de Mabalane, e a dificuldade na impressão dos materiais para execução da pesquisa.

Quanto aos pontos positivos afirmar que este é o primeiro estudo desta natureza a realizar-se no setor prisional em parceria com setor de saúde em agentes penitenciários e profissionais de saúde na província de Gaza, Moçambique, contribuindo para a melhoria das políticas de saúde prisional no contexto atual em tempos de pandemia.

REFERÊNCIAS

- ANLI, C.; CRUZ, M. M. DA; OLIVEIRA, L. G. D. DE. A atenção à saúde dos reclusos em Maputo: é viável avaliar? **Saúde em Debate**, v. 44, n. 127, p. 1079–1092, 2020.
- APPLETON, A. A. et al. Intersectional Stigma and Multi-Level Barriers to HIV Testing Among Foreign-Born Black Men From the Caribbean. **Frontiers in Public Health**, v. 1, [s.n.], p. 373, 2020.
- ARCO JUNIOR, J. DEL et al. Epidemiologia global de pacientes com tuberculose multidrogarresistente (MDR-TB) e extensivamente resistente (XDR-TB). **Clinical & Biomedical Research**, v. 38, n. 3, p. 281–291, 2018.
- BANTA, J. E. et al. Pulmonary vs. extra-pulmonary tuberculosis hospitalizations in the US [1998–2014]. **Journal of Infection and Public Health**, v. 13, n. 1, p. 131–139, 2020.
- BASSETT, I. V. et al. Barriers to care and 1-year mortality among newly diagnosed HIV-infected people in Durban, South Africa. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 74, n. 4, p. 432–438, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BULLED, N.; SINGER, M. In the shadow of HIV & TB: A commentary on the COVID epidemic in South Africa. **Global Public Health**, v. 15, n. 8, p. 1231–1243, 2020.
- CARVALHO, A. C. C. et al. Epidemiological aspects, clinical manifestations, and prevention of pediatric tuberculosis from the perspective of the End TB strategy. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 44, n. 2, p. 134–144, 2018.
- CHU, C.; POLLOCK, L. C.; SELWYN, P. A. HIV-Associated Complications: A Systems-Based Approach. *American Family Physician*, v. 96, n. 3, p. 161–169, 2017.
- DE SCHACHT, C. et al. Barriers to access and adherence to tuberculosis services, as perceived by patients: A qualitative study in Mozambique. **PLoS ONE**, v. 14, n. 7, p. 1–11, 2019.
- DECLARATION, T. H. E. K. et al. The Kampala Declaration on Prison Conditions in Africa. p. 1–5, 1996.

FERREIRA, M. R. L. et al. Tuberculosis in prison and aspects associated with the diagnosis site. **Journal of Infection in Developing Countries**, v. 13, n. 11, p. 968–977, 2019.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, L.; BENITES, C.; HUAMÁN, B. Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú, 2010-2015. **Revista Pan Americana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, v. 41, [s.n.], p. 1–9, 2017.

GAZA, I. Nacional de Estatística, Delegação provincial de Gaza. Anuário Estatístico. [s.l: s.n.],Gaza, 2020.

GONDWE, A. et al. Prisoner's access to HIV services in southern Malawi : a cross-sectional mixed methods study. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1–10, 2021.

HEARD, C. Towards a health-informed approach to penal reform? Evidence from ten countries. n. June, v.1, [s.n.], p. 1-2, 2019.

HERCE, M. E. et al. Coordinating the prevention, treatment, and care continuum for HIV-associated tuberculosis in prisons: a health systems strengthening approach. *Current Opinion in HIV and AIDS*, v. 13, n. 6, p. 492–500, 2018.

HULLEY, S. B. et al. Delineando a Pesquisa Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INE. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique. v.2, [s.n.], p. 177-183, Maputo. 2015.

LEAL, M. C. et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, [s.n.], p. 2061-2070, 2016.

MADEIRA, C.; AZAM, K.; CADIR, N. Manual de Baciloscopia e Genexpert. República de Moçambique, Ministério da Saúde, v.1, n. 1, p 37- 70, 2018.

MARAIS, Frederick; KALLON, Idriss Ibrahim; DUDLEY, Lilian Diana. Continuity of care for TB patients at a South African hospital: A qualitative participatory study of the experiences of hospital staff. **PloS one**, v. 14, n. 9, p. e0222421, 2019.

Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública - Programa Nacional de Controlo

das ITS/HIV e SIDA. Guião de manejo do paciente com doença avançada por HIV; Maputo; p. 51-52; 2022

MISAU. Relatório Anual das Actividades Relacionadas a HIV-SIDA 2019. p. 103, 2020.

MO, B. D. E. Informação Anual de 2019 do Procurador Geral da República à Assembleia da República. 2019.

MOÇAMBIQUE. Política Prisional e Estratégia para a sua Implementação. Maputo. 2002.

MONTAÑO, K. et al. Rapid diagnostic testing to improve access to screening for syphilis in prison. **Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria**, v. 20, n. 3, p. 81–86, 2018.

MOREIRA PUGA, M. A. et al. Screening for HBV, HCV, HIV and syphilis infections among bacteriologically confirmed tuberculosis prisoners: An urgent action required. **PLoS ONE**, v. 14, n. 8, p. 1–11, 2019.

OLIVEIRA, M. et al. Tuberculose pulmonar: levantamento epidemiológico no conjunto penitenciário de Jequié – **BA. Textura**, v. 12, n. 20, p. 143–151, 2019.

OWENS, D. K. et al. Screening for HIV Infection: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 321, n. 23, p. 2326–2336, 2019.

PETERS, J. S. et al. Advances in the understanding of Mycobacterium tuberculosis transmission in HIV-endemic settings. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 19, n. 3, p. e65–e76, 2019.

PLATT, L. et al. Identifying and predicting longitudinal trajectories of care for people newly diagnosed with HIV in South Africa. **PLoS ONE**, v. 15, n. 9, p. 1–12, 2020.

RODRIGUES, R. Prevenção da tuberculose em pessoas com HIV: um modelo de cuidado culturalmente competente. **E-Revista de Estudos Interculturais do CEI**, v.1, n. 2011, p. 1–17, 2015.

SAITA, N. M. et al. Determinants of coinfection tuberculosis and HIV in prisons in Brazil. **Journal of Infection in Developing Countries**, v. 15, n. 2, p. 263–269, 2021.

SAYYAH, M. et al. Global view of HIV prevalence in prisons: A systematic review and meta-analysis. **Iranian Journal of Public Health**, v. 48, n. 2, p. 217–226, 2019.

SDSMAS, S. D. DE S. M. E A. SOCIAL. Informação Centro de Saúde Mabalane. [s.l: s.n.].

SDSMAS, S. D. DE S. M. E A. SOCIAL. Informação Centro de Saúde Xai-Xai, 2021b.

SDSMAS, S. D. DE S. M. E A. SOCIAL. Informação Centro de Saúde Chongoene, 2021c.

SHERWOOD, J. et al. HIV/AIDS National Strategic Plans of Sub-Saharan African countries: An analysis for gender equality and sex-disaggregated HIV targets. **Health Policy and Planning**, v. 32, n. 10, p. 1361–1367, 2017.

SILVA, N. DOS S. et al. Análise comparativa da técnica de baciloscopia no diagnóstico da tuberculose pulmonar frente ao GeneXpert em amostras de pacientes da cidade de Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 51, n. 1, p. 65–69, 2019.

STEVENSON, K. A. et al. HIV prevalence and the cascade of care in five South African correctional facilities. **PLoS ONE**, v. 15, n. 7, p. 1–15, 2020.

TAVOSCHI, L. et al. Active Case Finding for Communicable Diseases in Prison Settings: Increasing Testing Coverage and Uptake among the Prison Population in the European Union/European Economic Area. **Epidemiologic Reviews**, v. 40, n. 1, p. 105–120, 2018.

TRAJMAN, A.; SARACENI, V.; DUROVNI, B. Sustainable development goals and tuberculosis in Brazil: Challenges and potentialities. **Cadernos de Saude Pública**, v. 34, n. 6, p. e00030318, 2018.

TROVATO, M. et al. HIV vaccination: A roadmap among advancements and concerns. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 19, n. 4, p. 1–14, 2018.

UNAIDS. To help end the AIDS epidemic. United Nations, p. 40, 2014.

VAN HOUT, M. C.; MHLANGA-GUNDA, R. Prison health situation and health rights of young people incarcerated in sub-Saharan African prisons and detention center's: A scoping review of extant literature. **BMC International Health and Human Rights**, v. 19, n. 1, p. 1–16, 2019.

VARGHESE, C. et al. Better health and wellbeing for billion more people: Integrating non-communicable diseases in primary care. **BMJ (Online)**, v. 364, [s.n.] p. 1–3, 2019.

VELEN, K.; CHARALAMBOUS, S. Tuberculosis in prisons: an unintended sentence? **The Lancet Public Health**, v. 6, n. 5, p. e263–e264, 2021.

WALI, Ahmad et al. Prevalence of tuberculosis, HIV/AIDS, and hepatitis; in a prison of Baluchistan: a cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global tuberculosis report 2020: executive summary. [s.l.: s.n.]. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. World Health Organization, 2008.

WPB. Mozambique | World Prison Brief. Disponível em: <<https://www.prisestudies.org/country/mozambique>>. Acesso em: 19 maio. 2021.

ANEXO A – UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – PPGPS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE MANUSCRITO I

TEMA: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE RELACIONADAS A DETECÇÃO DE TUBERCULOSE E HIV NAS PRISÕES DA PROVÍNCIA DE GAZA, MOÇAMBIQUE

A sua colaboração será fundamental para a qualidade dos serviços de saúde prestados a pessoas privadas de liberdade. Desde já agradecemos a sua participação

Secção A: Caracterização sociodemográfica dos profissionais que participaram no estudo

1. Distrito

Chongoene ()

Mabalane ()

Xai-xai ()

2. Sexo

Masculino ()

Feminino ()

3. Tempo de Serviço

Entre 1 ano e 5 anos ()

Mais de 5 anos a 10 anos ()

Mais de 10 anos ()

4. Participação em alguma formação

Sim ()

Não ()

5. Profissão

Agente penitenciário ()

Profissional de saúde ()

SECÇÃO B: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS RELACIONADAS A TB

Gravidade da TB

Grave ()

Muito Grave ()

1. Sintomas de TB

Tosse seca ()

Tosse com catarro ()

Tosse superior a 3 semanas ()

Tosse com sangue ()

Perda de peso ()

Febre superior a 7 dias ()

2. Como ocorre a Transmissão da TB

Através de aperto de mão ()

Pelo ar quando doente tosse ou espira ()

Contato sexual ()

Contato com saliva ()

Tocando itens públicos ()

3. Como evitar o contágio por TB

Cobrindo nariz a boca ao espirar ()

Evitando compartilhar talheres ()

Lavando as mãos ao tocar itens públicos ()

Evitando ficar onde há pessoas com TB ()

4. TB tem cura

Sim ()

Não ()

5. Acções prioritárias para o controle da TB

Busca activa de sintomáticos respiratórios ()

Solicitação de baciloscopia de escarro ()

6. Você acha que pode contrair a TB

Sim ()

Não ()

7. Se Sim Por que?

Local de trabalho; contato; convívio ()

8. A primeira coisa que faria se estivesse com sintomas da TB

Iria à unidade de saúde ()

Consulta com um Médico ()

9. Qual é o custo do diagnóstico e tratamento da TB em Moçambique

Gratuito ()

Paga-se ()

10. Qual é o seu sentimento em relação a pessoas com TB

Nenhum especial ()

Tem medo pois podem lhe contaminar ()

Sente compaixão e desejo de ajudar ()

11. Pessoas com HIV devem se preocupar com a TB

Sim ()

Não ()

12. Microrganismo causador da TB

Bactéria ()

Fungo ()

Não sei ()

13. Exames necessários para se realizar o diagnóstico da TB

TDR para TB; Baciloscopia de catarro; Genexpert para MTB; Cultura para MTB; Raio-X de tórax
()

Hemograma, Bioquímica ()

Parasitologia de urina, Gram, CD4 ()

Gram, Hemograma, Bioquímica ()

SEÇÃO C: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS RELACIONADAS A HIV

1. O risco de transmissão de HIV é reduzido se houver sexo somente com parceiro fiel não infectado

Sim ()

Não ()

2. Uma pessoa com aparência saudável pode ter HIV

Sim ()

Não ()

3. O uso de preservativo é a melhor forma de evitar o HIV durante a relação sexual

Sim ()

Não ()

4. Existe cura para aids

Sim ()

Não ()

5. Você alguma vez já fez teste para HIV

Sim ()

Não ()

6. Como você avalia seu risco de contrair HIV

Nenhum ()

Baixo ()

Médio ()

Alto ()

7. Uma pessoa em tratamento para HIV tem menos possibilidade de transmitir o vírus

Sim ()

Não ()

8. Microorganismo causador da HIV

Vírus ()

Bactéria ()

Não Sei ()

9. Exames necessários para se realizar o diagnóstico da HIV

TDR Para HIV; Elisa para HIV; PCR para HIV ()

Hemograma, Bioquímica ()

Parasitologia de urina, Raio X, CD4+ ()

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO MANUSCRITO II
TEMA: AÇÕES ASSISTENCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA DETECÇÃO
DE TB E HIV EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NAS PRISÕES DA
PROVÍNCIA DE GAZA, MOÇAMBIQUE

A sua colaboração será fundamental para a qualidade dos serviços de saúde prestados a pessoas privadas de liberdade. Desde já agradecemos a sua participação

Secção A : Caracterização sociodemográfica dos profissionais que participaram no estudo

10. Distrito

Chongoene ()

Mabalane ()

Xai-xai ()

11. Sexo

Masculino ()

Feminino ()

12. Tempo de Serviço

Entre 1 ano e 5 anos ()

Mais de 5 anos a 10 anos ()

Mais de 10 anos ()

13. Participação em alguma formação

Sim ()

Não ()

14. Profissão

Agente penitenciário ()

Profissional de saúde ()

Secção B: Ações assistenciais e de vigilância em saúde relacionadas a detecção de TB e HIV (infraestruturas)

- 1) Acesso ao Raio X quando se suspeita de Tuberculose
Sim ()
Não ()
- 2) O Centro de Saúde dispõe de livro de registo de pacientes diagnosticados TB e HIV
Sim ()
Não ()
- 3) O Livro de registo de pacientes diagnosticados TB e HIV está disponível para a equipe de saúde prisional
Sim ()
Não ()
- 4) O centro de saúde dispõe de local adequado para coleta de escarro
Sim ()
Não ()
- 5) Acesso a internet
Sim ()
Não ()

Secção C: Ações assistenciais e de vigilância em saúde relacionadas a detecção de TB e HIV (Rede de fluxos)

- 1) Laboratório onde são encaminhadas as baciloscopias
Centro de Saúde de Xai-xai ()
Centro de Saúde de Chongoene ()
Centro de Saúde de Mabalane ()
Não Conhecem ()
- 2) Laboratório onde são encaminhadas as culturas
Centro de Saúde de Carmelo, INS* ()

- Não Conhecem ()
- 3) Cidade onde se localiza o laboratório de referência para exames de cultura
Maputo, Chokwe ()
- Não Conhecem ()
- 4) Laboratório onde são encaminhadas testes de sensibilidade (genexpert MTB/RIF)
Lab. do Centro de Saúde de Xai-xai ()
- Lab. do Centro de Saúde de Chongo ()
- Lab. do Centro de Saúde de Maba ()
- Não Conhecem ()
- 5) Laboratório de referência para realização do teste CD4 e carga viral
Lab. do Hospital de Carmelo, Xai-xai, Chokwe, Mabalane e INS* ()
- Não Conhecem ()
- 6) Serviço de referência especializado no tratamento de tuberculose
Centro de Saúde de Xai-xai ()
- Centro de Saúde de Chongoene ()
- Centro de Saúde de Mabalane ()
- Não Conhecem ()
- 7) Serviço de referencia especializado no tratamento de HIV
Centro de Saúde de Xai-xai ()
- Centro de Saúde de Chongoene ()
- Centro de Saúde de Mabalane ()
- Não Conhecem ()
- 8) A equipe de saúde informa a transferência dos PPL em tratamento de tuberculose e HIV
Sim ()
- Não ()
- 9) A equipe informa, ou não tem fluxo estabelecido para informar transferência dos PPL em tratamento

Sim ()

Não ()

10) A equipe se sente preparada para fazer a coleta de escarro

Sim ()

Não ()

11) Se realiza consulta de APSS para tuberculose e HIV

Sim ()

Não ()

12) Se realiza o TDO

Sim ()

Não ()

13) As PPL são testadas a porta de entrada no sistema prisional, ou seja, ao ingresso na instituição penal

Sim ()

Não ()

**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 e Decreto n.o 71/2007 – Conselho Nacional de Saúde

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Atenção Primária à Saúde na Detecção de Casos do Vírus da Imunodeficiência Humana e Tuberculose em Pessoas privadas de liberdade nas cadeias da Província de Gaza, Moçambique: desafios e estratégias de controle da infecção”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde Mestrado e doutorado, da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, que está sob a responsabilidade do pesquisador Ivinildo Jose Vilichane, contatos:(+258) 84527244 ou e-mail: ivilichane2@mx2.unisc.br ou Ivilichane2012@gmail.com 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 fazer parte do estudo, você somente precisa preencher o questionário. 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 “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NAS CADEIAS DA PROVÍNCIA DE GAZA, MOÇAMBIQUE” tem como objetivo geral Identificar ações assistenciais e de vigilância em saúde e verificar quais os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde e agentes penitenciários relacionadas à detecção de HIV e TB que são desenvolvidas e auxiliam nas medidas de controle nas cadeias da província de Gaza, Moçambique a partir de um questionário físico.

A coleta de dados se dará pela participação voluntária e anônima dos entrevistados por meio de um questionário contendo 68 questões sobre a ações assistenciais, conhecimentos, atitudes práticas de atenção primária na detecção ao HIV e TB 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 sentir dificuldades e constrangidos por não ter em mãos os dados solicitados.

O resultado da pesquisa poderá embasar as metodologias de controlo e rastreio de HIV e TB das pessoas privadas de liberdade, após serem gerados os resultados trazendo inúmeros benefícios como o melhoramento e desenvolvimento de políticas públicas de saúde viradas ao combate de HIV e TB com enfoque nas pessoas privadas de liberdade, baseada na análise e melhoria dos aspectos deficientes detectados.

O (a) senhor (a) para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados de forma individual através de uma reunião, em que farão parte todos participantes. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ Nº de Crachá ou BI _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do

estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;

f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa será responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br

Pesquisador: Ivinildo José Vilichane mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção Da Saúde (PPGPS/UNISC)

Local:

Data:

Nome e assinatura do voluntário Participante
pela apresentação desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome e assinatura do responsável

ANEXO C – Carta de Aceite



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVÍNCIA DE GAZA
SERVIÇO PROVINCIAL DE SAÚDE

Exmo. Sr.
Ivinildo José Vilichane
Estudante candidato a Mestrado em Promoção de Saúde
Universidade de Santa Cruz do Sul
Brasil

Xai-Xai, 20 de Agosto de 2021

ASSUNTO: Carta de cobertura para o estudo: "Atenção Primária a Saúde na Detecção de Casos do Vírus da Imunodeficiência Humana e Tuberculose em Pessoas privadas de liberdade nas cadeias Provinciais de Gaza, Moçambique: desafios e estratégias de controle da infecção".

Informação do Serviço Provincial de Saúde

Em relação ao pedido de autorização para implementação do estudo com o título em epígrafe, o Serviço Provincial de Saúde de Gaza (SPS), analisou e autoriza a realização do estudo proposto, desde que o protocolo tenha aprovação do Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) de Moçambique ou Comité Institucional de Bioética para a Saúde (CIBS) reconhecido pelo CNBS de Moçambique, assim como a aprovação administrativa do Ministério da Saúde de Moçambique.

O Serviço Provincial de Saúde, solicita que a estudante informe o início do estudo, apresentando a carta de aprovação ética e administrativa do Ministério da Saúde de Moçambique. No fim, os resultados deverão ser apresentados na SPS Gaza por escrito e em plenária.

Sem mais de momento, queira por favor aceitar os nossos melhores cumprimentos.

O Director do Serviço Provincial

Dr. Sílvia dos Santos Alexandre
(Médico de Clínica Geral de 1ª)



SERVIÇO NACIONAL PENITENCIÁRIO
GABINETE DO DIRECTOR

Cidade de Maputo, 23 de Agosto de 2021

Maputo, Moçambique

Comité de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC, RS, Brasil e
Comité Nacional de Bioética de Moçambique – Gaza

Excelencias

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: “Atenção Primária à Saúde na Detecção de Casos do Vírus da Imunodeficiência Humana e Tuberculose em Pessoas privadas de liberdade nas cadeias da Província de Gaza, Moçambique: desafios e estratégias de controle da infecção”, desenvolvido pelo pesquisador Ivinildo José Vilichane do Curso Mestrado em Promoção de Saúde, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação da Professora Dra. Lia Goncalves Possuelo, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento em Moçambique, província de Gaza, nas cadeias de Xai-xai, penitenciária Chongoene (Ngoanine) e Mabalane.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC e Comité Nacional de Bioética de Moçambique – Gaza, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12, 510/2016 e o Decreto n.º 71/2007 demais Resoluções Éticas Brasileiras, Norma Operacional 001/2013 e de Moçambique respectivamente. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos pesquisados nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente

O Director Geral

Jeremias Armando Cumbe

(Adj. Comissário da Policia)

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTÊNCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA DETECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NAS CADEIAS DA PROVÍNCIA DE GAZA, MOÇAMBIQUE

Pesquisador: Ivinaldo Jose Vilichane

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58103721.4.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.558.613

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda avaliação do Projeto de Mestrado do PPG em Promoção da Saúde/UNISC intitulado: "AVALIAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTÊNCIAIS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA DETECÇÃO DE HIV E TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NAS CADEIAS DA PROVÍNCIA DE GAZA, MOÇAMBIQUE" apresentado pelo pesquisador Ivinaldo Jose Vilichane e tem como objetivo principal: Identificar ações assistenciais e de vigilância em saúde e verificar quais os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde e agentes penitenciários relacionadas à detecção de HIV e TB que são desenvolvidas e auxiliam nas medidas de controle nas cadeias da província de Gaza, Moçambique. As informações foram retiradas do arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1804507.pdf; depositado em 21/02/2022.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos presentes, claros e exequíveis. Quais sejam:

Objetivo Primário:

Identificar ações assistenciais e de vigilância em saúde e verificar quais os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde e agentes penitenciários relacionadas à detecção de HIV e TB que são desenvolvidas e auxiliam nas medidas de controle nas cadeias da província de Gaza.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 5.558.613

Moçambique.

Objetivos Secundários:

- a) Verificar a existência de fluxograma (instrumento) de rastreabilidade de HIV e TB na porta de entrada do sistema prisional;
 - b) Avaliar a infraestrutura de saúde disponível nas penitenciárias onde são realizados os testes diagnósticos de HIV e TB;
 - c) Realizar diagnóstico situacional referente à prevenção, identificação e acompanhamento de PPL diagnosticados com HIV e TB no sistema prisional;
 - d) Avaliar o conhecimento que os profissionais de saúde, conselheiros leigos e agentes penitenciários possuem em relação ao HIV e TB;
 - e) Descrever atitudes e práticas que os profissionais de saúde, conselheiros leigos e agentes penitenciários possuem em relação ao HIV e TB;
 - f) Estimar a taxa de prevalência de HIV e TB na PPL dos centros penitenciários em estudo;
- As informações foram retiradas do arquivo: IvinildoCIBSGAZA.pdf; depositado em 12/05/2022.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tratando-se de um estudo que envolve os profissionais de saúde, conselheiros leigos e agentes penitenciários, o pesquisador estará submetido a riscos mínimos, como o cansaço físico, estresse, quebra de sigilo por parte dos participantes ao preencher o questionário, a amostra coletada não ser suficiente para produzir generalizações, bem como a impossibilidade para aplicar o questionário físico devido ao contexto atual de pandemia, a não adesão ao estudo, e ausência destes no trabalho no dia de aplicação do questionário. As dificuldades que o pesquisador possa ter são: a Falta de informação dos serviços durante a entrevista, a disponibilidade de tempo e para preencher o questionário por parte dos participantes, o deslocamento, impressão de questionários e dificuldades de articulação entre os serviços. Para os apoios presenciais haverá limitação da falta de corrente elétrica, internet sendo esta região remota, visto que o centro de saúde de Mabalane e a penitenciária de Mabalane localizam-se a uma distância de 300 km. Portanto, para o pesquisador, equipe de apoio e os participantes, serão adotadas algumas providências e cautelas frente aos riscos, dificuldades e limitações ora mencionados, tais como: minimizar desconforto, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, será apresentado o projecto de pesquisa a instituições envolvidas para evitar ausência dos funcionários na coleta de dados, criarse-a condições para impressão de todos os questionários, alocar-se um modem de internet da operadora local (Movitel).

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitario

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 5.558.613

Benefícios:

Os dados epidemiológicos serão relevantes para as políticas públicas de saúde e para os profissionais de saúde, conselheiros leigos, e agentes penitenciários, no seu dia e dia da atividade laboral aplicando estratégias específicas de atenção primária em saúde da PPL, contribuindo para o alcance das metas globais do ODS e Meta 90-90-90. A produção e difusão do conhecimento na área da atenção primária em HIV e TB poderão contribuir para aplicação de metodologias de controle e rastreamento de HIV e TB das PPL. Os resultados gerados nesta pesquisa irão trazer inúmeros benefícios, como o melhoramento e desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas ao combate de HIV e TB com enfoque na PPL, na análise e melhoria dos aspectos deficientes detectados. Entende-se que a quebra da cadeia de transmissão destas doenças nas prisões acarretará na diminuição da morbidade e mortalidade na PPL e na população em geral da província de Gaza, Moçambique.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal analítico observacional, com abordagem quantitativa. O delineamento de um estudo transversal analítico é um tópico complexo em que as observações são feitas em uma única ocasião na qual avaliam as associações para realizar inferências sobre relações causa-efeito (HULLEY, 2015).

Portanto, o tamanho da amostra será 50 profissionais de saúde incluindo conselheiros leigos e 50 agentes penitenciários.

Havendo a necessidade de incluir no estudo todos profissionais de saúde, conselheiros leigos e agentes penitenciários que exercem atividades de atenção primária de HIV e TB em PPL, serão solicitados para fazer parte do estudo mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e serão selecionados de forma aleatória simples na qual vai-se aplicar a técnica de amostragem probabilística aleatória simples.

Os dados serão tabulados em banco de dados eletrônico usando Graphpad Prism versão 8. Para a análise descritiva, os valores serão expressos como média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, dependendo da normalidade dos dados (testada pelo teste de Shapiro-Wilk), bem como por números absolutos e percentuais. As variáveis qualitativas serão comparadas por meio do teste de chi-quadrado (com correção de Yates para comparações 2x2) ou teste exato de Fisher, quando necessário. Valores de $p < 0,05$ serão considerados significativos.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 5.558.613

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- *Declaração da Província de Gaza de que o pesquisador principal é funcionário do Hospital Província de Xai-Xai, atendendo ao Termo de confidencialidade de proteção ao uso de dados de Moçambique.
- *Termo de Confidencialidade para uso de dados CEP/UNISC presente e adequado.
- *Autorização do Comitê Institucional de Bioética para Saúde de Gaza (CIBS-Gaza).
- *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado.
- *Cronograma em anexo adequado.
- *Folha de rosto adequada.

Recomendações:

A brochura pesquisa poderia ter sido atualizada conforme primeiro parecer emitido pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto APROVADO e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Alerta-se o pesquisador responsável para a necessidade de realizar e encaminhar ao CEP-UNISC, via Plataforma Brasil, os Relatórios Parciais de Acompanhamento da Pesquisa e o Relatório Final de Acompanhamento da Pesquisa. Os formulários para os relatórios estão disponíveis no link do CEP-UNISC (<https://www.unisc.br/pt/pesquisa/comite-de-etica>), aba Documentação, Arquivo "Modelo de Relatório Parcial ou Final de Pesquisa". É o mesmo formulário para ambos os relatórios (as marcações no próprio formulário é que diferem, a depender da natureza do projeto).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	20/07/2022 15:58:19		Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	19/07/2022 15:26:42		Aceito
Outros	anonimo.pdf	19/07/2022 15:26:36	Ivinildo Jose Vilichane	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 5.558.613

Outros	respPend.pdf	19/07/2022 15:25:14	Ivinildo Jose Vilichane	Aceito
Outros	orc.pdf	19/07/2022 15:24:58	Ivinildo Jose Vilichane	Aceito
Outros	confi.pdf	19/07/2022 15:23:28	Ivinildo Jose Vilichane	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	11/07/2022 08:10:54		Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	15/08/2022 18:14:11		Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	12/05/2022 17:30:24		Aceito
Brochura Pesquisa	IvinildoCIBSGAZA.pdf	12/05/2022 17:20:30	Ivinildo Jose Vilichane	Aceito
Outros	declaracaomocambique.pdf	12/05/2022 16:59:46	Ivinildo Jose Vilichane	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1884587.pdf	21/02/2022 15:45:20		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	IVINILDOCIBS.pdf	21/02/2022 15:30:40	Ivinildo Jose Vilichane	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/11/2021 15:11:22	Ivinildo Jose Vilichane	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/11/2021 15:04:07	Ivinildo Jose Vilichane	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 02 de Agosto de 2022

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

DIREÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE
COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA PARA SAÚDE DE GAZA
IRB00002657

Exmo. Senhor
Ivinildo José Vilichane
Universidade Santa Cruz do Sul-Brasil

Ref: 02/CIBS-Gaza/2022

Xai-Xai, 27 de Janeiro de 2022

Assunto: *Aprovação do Comité Institucional de Bioética para Saúde de Gaza (CIBS-Gaza) ao protocolo de estudo intitulado a "Avaliação das acções assistências e de vigilância em saúde para detecção de HIV e Tuberculose em pessoas privadas de liberdade nas cadeias da Província de Gaza, Moçambique"*

O Comité Institucional de Bioética para Saúde de Gaza (CIBS-Gaza), analisou as correcções efectuadas no protocolo de estudo intitulado a "*Avaliação das acções assistências e de vigilância em saúde para detecção de HIV e Tuberculose em pessoas privadas de liberdade nas cadeias da Província de Gaza, Moçambique*", registado no CIBS-Gaza com o número 02/CIBS-Gaza/2022, conforme os requisitos da Declaração da Helsínquia.

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética, aprova os documentos abaixo e tomando em consideração que é um protocolo académico, enviamos ao Conselho Científico e CIBS da Faculdade de Medicina.

1. O protocolo de estudo, Versão 1.1 de Janeiro de 2022;
 2. Instrumentos de recolha de dados, Versão 1.1 de Janeiro de 2022;
 3. Folha de informação ao participante e consentimento informado, Versão 1.1 de Janeiro de 2022
- Todavia, o CIBS-Gaza informa que:
1. Qualquer alteração a ser introduzida no protocolo incluindo os seus anexos, dever ser submetida ao CIBS-Gaza para a sua devida aprovação;
 2. A presente aprovação não substitui a autorização administrativa;
 3. Não houve declaração de conflitos de interesse por parte de um dos membros do CIBS-Gaza;
 4. Recomenda-se ao investigador principal que mantenha informado o CIBS-Gaza sobre o decurso do estudo
 5. A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 27 de Janeiro de 2023. O investigador, deverá submeter o pedido de renovação um mês antes de terminar o prazo.
 6. A lista dos membros do CIBS-Gaza está disponível na secretaria do Comité.

Sem mais do momento, queira por favor aceitar os nossos melhores cumprimentos

O Presidente

Dr. Amâncio Vicente Nhangave

Endereço:
Direcção Provincial de Saúde
Rua do Hospital

Contactos:
Telemóvel: 861232721/845803401
Email: cibsgaza@gmail.com

ANEXO E: Instrução para os autores para submissão do artigos e I e II



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

O Jornal Brasileiro de Pneumologia (JBP) ISSN-1806-3756, publicado de modo contínuo, em seis números ao ano, é um órgão oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, destinado à publicação de trabalhos científicos referentes à Pneumologia e áreas correlatas. O JBP está registrado no PubMed Central (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/2395) e no SciELO: (<http://www.scielo.br/jbpneu>).

Os manuscritos serão analisados e, de acordo com definição do Conselho Editorial, serão encaminhados para revisores qualificados, sendo o anonimato (dos autores e revisores) garantido no processo de julgamento, exceto quando previamente incluídos em um servidor de preprint: nesses casos, o processo de revisão por pares é simples-cego (os autores são cegados quanto à identidade dos revisores). Os artigos que não apresentarem mérito suficiente, que contenham erros significativos de metodologia ou não se enquadrem na política editorial do JBP serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso.

Todos os artigos submetidos devem estar escritos somente em inglês (americano ou britânico, mas evitar a mistura dos dois). É fundamental que o texto seja escrito em inglês de boa qualidade. Se os autores não forem fluentes na língua inglesa, recomenda-se que o artigo seja editado por um serviço de edição profissional antes do envio ou avaliado por um cientista nativo na língua inglesa. A avaliação por um serviço de edição profissional não é um pré-requisito para publicação no jornal e também não implica ou garante que o artigo seja encaminhado para revisão ou aceito para publicação. **Qualquer submissão escrita em um idioma diferente do inglês será devolvida aos autores.** No site do jornal (www.jornaldepneumologia.com.br), os artigos serão disponibilizados em versões em inglês e em português. Cada artigo receberá um número de referência na submissão para consulta futura.

***Não há taxas para submissão, avaliação e eventual publicação do artigo.**

O JBP 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 a divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de ensaios clínicos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios

Código de campo alterado

Código de campo alterado

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 JBP 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. Tais intervenções incluem drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, radiológicos, dispositivos, terapias comportamentais, mudanças de processos de cuidados, cuidados preventivos, etc."

Estudos com humanos devem incluir, na seção de Métodos, a informação sobre a aprovação da Comissão de Ética Local ou Nacional, preferencialmente com o número de aprovação, e estar de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki. Estudos experimentais em animais devem estar alinhados com preceitos éticos.

Os autores garantem que os artigos submetidos ao JBP não foram publicados anteriormente e não estão sendo avaliados simultaneamente para a publicação em outro(s) periódico(s). O JBP utiliza o programa *Crossref Similarity Check* (iThenticate) para a avaliação do grau de similaridade com artigos previamente publicados.

Preprints

O Jornal Brasileiro de Pneumologia aceita a submissão de artigos depositados em servidores de preprints. Para esses artigos, o sistema de revisão será simples-cego. O autor correspondente deverá preencher um termo de autorização informando que o artigo submetido está depositado em um servidor de preprint.

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 de 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 como 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 um agradecimento especial. A contribuição de cada autor para o trabalho e eventuais agradecimentos devem constar da página de identificação (*title page*) obrigatoriamente (ver no item Página de Identificação). Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Com exceção de trabalhos considerados de excepcional complexidade, a revista considera 10 o número máximo aceitável de autores para os artigos originais. No caso de haver um maior número de autores, enviar carta à Secretaria do JBP 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 eletronicamente por cada autor e deve ser anexado no ScholarOne. O modelo está disponível aqui: [Clique aqui](#).

Código de campo alterado

Pede-se aos autores que sigam rigorosamente as normas editoriais do JBP, particularmente no tocante ao número máximo de palavras, tabelas, quadros 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 do JBP para que os autores façam as correções pertinentes antes de submetê-lo aos revisores.

Instruções especiais se aplicam para a confecção de Diretrizes e Consensos e devem ser consultadas pelos autores antes da confecção desses documentos na homepage do JBP. Diretrizes e Consensos serão publicados como Artigos Especiais, também na modalidade de publicação contínua, em números regulares do JBP.

O JBP reserva o direito de efetuar nos artigos aceitos adaptações de estilo, gramaticais e outras.

ESPECIFICAÇÕES POR TIPO DE ARTIGO

Os manuscritos principais deverão ser submetidos em arquivo Word (.doc ou .docx). Na tabela abaixo, segue um resumo das especificações dos tipos de artigos a serem submetidos.

	Artigo Original	Revisão sistemática e Meta-análise	Artigo de revisão	Ensaio Pictórico	Carta ao Editor	Correspondência	Editorial	Imagens em Pneumologia
N.º máximo de autores	10	6	6	6	5	3	3	3
Resumo N.º máximo de palavras	250 com estrutura	250 com estrutura	250 sem estrutura	250 sem estrutura	sem resumo	sem resumo	sem resumo	sem resumo
N.º máximo de palavras	3.000	5.000	5.000	3.000	1.000	500	1.000	200
N.º máximo de referências	40	80	80	30	10	3	12	3
N.º de tabelas e figuras	6	8	8	12	1	-	1	1

Artigos originais

O texto deve ter entre 2.000 e 3.000 palavras, excluindo resumo, referências e ilustrações (isto é, tabelas, quadros e figuras). Deve conter no máximo 6 ilustrações. O número de referências bibliográficas não deve exceder 40. A sua estrutura deve conter as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, (Agradecimentos Contribuição dos Autores somente na title page) e Referências. A seção Métodos deverá conter menção quanto à 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.

Séries de casos

As séries de casos deverão ser publicadas como artigos originais ou carta ao editor, seguindo suas especificações.

Revisões sistemáticas e meta-análises

O resumo deve ser estruturado da mesma forma que artigos originais. O texto não deve ultrapassar 5.000 palavras, excluindo resumo, referências e ilustrações. O número total de ilustrações não deve ser superior a 8. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 80.

Revisões e Atualizações

Serão realizadas somente a convite do Conselho Editorial. O texto não deve ultrapassar 5.000 palavras, excluindo resumo, referências e ilustrações. O número total de ilustrações não deve ser superior a 8. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 80.

Ensaio pictórico

Serão igualmente realizados a convite ou após consulta dos autores ao Conselho Editorial. O texto não deve ultrapassar 3.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. O número total de ilustrações não deve ser superior a 12, e as referências bibliográficas não devem exceder 30.

Cartas ao Editor

Constituem-se em contribuições originais contendo resultados preliminares, não ultrapassando 1.000 palavras e com não mais do que 10 referências bibliográficas e 1 ilustração.

Correspondências

Serão consideradas para publicação comentários e sugestões relacionadas a um artigo anteriormente publicado, não ultrapassando 500 palavras e 3 referências no total.

Editoriais

Serão realizados a convite. O texto não deve ultrapassar 1.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. O número total de ilustrações é 1, e as referências bibliográficas não devem exceder 12.

Imagens em Pneumologia

O texto deve ser limitado ao máximo de 200 palavras, incluindo título e corpo do texto, e até 3 referências. Deve-se incluir somente 1 figura com no máximo de 5 imagens, considerando-se que

o conteúdo total será publicado em apenas uma página.

***Não aceitamos Relatos de Caso e Comunicações Breves.**

PREPARO DO MANUSCRITO

Página de identificação (*Title page*)

Ela deve conter o título do trabalho, em inglês, o nome de todos os autores e das instituições as quais estão vinculados, endereço completo, inclusive telefone, celular e e-mail do autor correspondente e, se houver, nome do órgão financiador da pesquisa e identificação do protocolo de financiamento. O *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID) de cada autor deverá ser fornecido. Para instruções sobre como obter o identificador ORCID, acesse <https://orcid.org/>. Devem-se incluir os locais onde o estudo foi realizado. Além disso, as informações sobre a contribuição de cada autor para o trabalho e eventuais agradecimentos devem constar aqui. Primeiro o item agradecimentos e depois, o item contribuição dos autores. Essas informações serão publicadas ao final do manuscrito, antes das referências. A página de identificação deve ser enviada como um arquivo a parte em Word, separado do manuscrito principal.

Código de campo alterado

Resumo (*Abstract*)

Deve conter informações facilmente compreendidas, sem necessidade de recorrer-se ao texto, não excedendo 250 palavras. Deve ser feito na forma estruturada para os Artigos Originais e Meta-análises com os seguintes subtítulos: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Quando se tratar de Artigos de Revisão e Ensaio Pictóricos, o resumo não deve ser estruturado.

Descritores (*Keywords*)

Devem ser fornecidos de três a seis termos em inglês, que definam o assunto do trabalho, de acordo com os termos dos *Medical Subject Headings* (MeSH), disponíveis na homepage <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

Código de campo alterado

Corpo do texto

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, o termo deve aparecer ao menos três vezes para que possa ser abreviado e sempre definido na primeira vez em que for citado - por exemplo, proteína C reativa (PCR). Após a definição da abreviatura, o termo completo não deverá ser mais utilizado. Termos com palavras únicas não devem ser abreviados - por exemplo, tuberculose (TB).

Código de campo alterado

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: "... fíTG de fígado de porco da Guiné (T5398; Sigma, St. Louis, MO, EUA)"

Tabelas, Quadros e Figuras (Ilustrações)

Tabelas, quadros e figuras devem ser apresentados em preto e branco. As ilustrações devem ser enviadas no seu arquivo digital original; tabelas e quadros em arquivos Microsoft Word e figuras em arquivos JPEG com resolução mínima de 300 dpi. Fotografias de exames, procedimentos cirúrgicos e biópsias nas quais foram utilizadas colorações e técnicas especiais serão consideradas para impressão colorida, sem custo adicional aos autores. As tabelas e figuras devem ser numeradas com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de citação no texto.

Legendas

Legendas deverão acompanhar todas as ilustrações. No caso de figuras (gráficos, fotografias, etc.), as legendas devem ser citadas logo abaixo da imagem e submetidas em arquivo Word. No caso de tabelas e quadros, as legendas devem estar no topo. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a suas citações no texto. Notas de rodapé devem ser incluídas da seguinte maneira: primeiramente, todas as abreviaturas e siglas definidas por extenso; detalhes e informações extras a respeito da ilustração com letras em sobrescrito - p.ex., ^aValores expressos em n (%) -; e sinais tipográficos em sobrescrito (exceto *) para estatística - p.ex., * $p < 0,05$. Eis a sequência de uso desses sinais: *, †, ††; ‡, §, ¶; and #.

Referências

Devem ser indicadas apenas as referências utilizadas no texto, numeradas com algarismos arábicos e na ordem em que foram citadas. Deve-se evitar a utilização dos nomes dos autores ao longo do manuscrito para referenciar partes do texto - utilize, ao invés, "um estudo" ou "um autor/um grupo de autores", por exemplo. A apresentação deve estar baseada no formato *Vancouver Style*, conforme os exemplos abaixo. Os títulos dos periódicos citados devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journals Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine* disponibilizada no seguinte endereço:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals/>.

Código de campo alterado

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.

Capítulo 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 dispneia 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>

Código de campo alterado

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/>

Código de campo alterado

Outras situações

Na eventualidade do surgimento de situações não contempladas por estas Instruções Redatoriais, deverão ser seguidas as recomendações contidas em *ICMJE Recommendations* no site do *International Committee of Medical Journal Editors* (última atualização dezembro de 2017). Disponível em:

<http://www.icmje.org/recommendations/archives/>.

Código de campo alterado

Material suplementar

Material suplementar poderá ser acrescentado para artigos originais e de revisão, devendo ser submetido simultaneamente ao manuscrito principal como *Supplementary File*. Poderão ser incluídos dados complementares sobre metodologia e resultados, incluindo ilustrações e vídeos, que serão analisados pelos editores e revisores. Ilustrações acrescentadas ao material suplementar deverão ser numeradas como Tabela S1, Figura S1 e assim sucessivamente.

Toda correspondência para o JBP deve ser encaminhada para:

Prof. Dr. Bruno Guedes Baldi Editor-Chefe do Jornal Brasileiro de Pneumologia
SCS Quadra 01, Bloco K, Salas 203/204 - Ed. Denasa. CEP 70.398-900, Brasília (DF) Brasil
Tel./Fax: +55 61-3245-1030, +55 61-3245-6218 ramal 211, 0800 61 62 18 ramal 211
E-mail do JBP jbp@sbpt.org.br,
Analista Editorial: Luana Campos.

Código de campo alterado



Guidelines for Authors

Manuscript will be carefully scrutinized for evidence of plagiarism, duplication and data manipulation; in particular, images will be carefully examined for any indication of intentional improper modification.

Any suspected misconduct ends up with a quick rejection and is then reported to the [US Office of Research Integrity](#).

Ensure that your work is written in **correct English before submission**. **Professional copyediting** can help authors improve the presentation of their work and increase its chances of being taken on by a publisher. In case you feel that your manuscript would benefit from a professional a professional English language copyediting checking language grammar and style, you can find a reliable revision service at:



The **Corresponding Author** must submit the manuscript online-only through our Manuscript Submission System.

Authors are kindly invited to suggest potential reviewers (names, affiliations and email addresses) for their manuscript, if they wish.

Manuscript preparation

Title Page (first and second pages of manuscript file). REQUIRED for all submissions.

The first page must contain:

- I. title (lowercase), without acronyms;
- II. first name and family name of each author, separated by commas;
- III. affiliation(s) of each author (in English);
- IV. acknowledgments;
- V. full name and full postal address of the corresponding author. Phone, fax number and e-mail address for the correspondence should also be included;
- VI. three to five key words.

The second page should contain:

- I. authors' contributions, e.g., information about the contributions of each person named as having participated in the study (<http://www.icmje.org/#author>);
- II. disclosures about potential conflict of interests;
- III. further information (e.g., funding, conference presentation ...).

Tables and Figures

If *tables* are used, they should be presented each on a separate page at the end of the manuscript after the references. They must be numbered in the order they are cited in the text of the manuscript; each must be cited in the main text. If *figures* are used, they must be submitted as **.tiff** or **.jpg** files, with the following digital resolution:

- I. color (saved as CMYK): minimum 300 dpi;
- II. black and white/grays: minimum 600 dpi;
- III. one column width (8.5 cm) or 2 column widths (17.5 cm).

A different caption for each figure must be provided at the end of the manuscript, not included in the figure file. Authors must obtain **written permission** for the reproduction and adaptation of material which has already been published. A copy of the written permission has to be provided before publication (otherwise the paper cannot be published) and appropriately cited in the figure caption. The procedure for requesting the permission is the responsibility of the Authors; *PAGEPress* will not refund any costs incurred in obtaining permission. Alternatively, it is advisable to use materials from other (free) sources.

Other

If *abbreviations* are used in the text, authors are required to write full name+abbreviation in brackets [e.g. Multiple Myeloma (MM)] the first time they are used, then only abbreviations can be written (apart from titles; in this case authors have to write always the full name). If *names of equipment or substances* are mentioned in the text, brand, company names and locations (city and state) for equipment and substances should be included in parentheses within the text.

Ethical considerations

JPHIA requires the following two components related to ethical conduct of research:

1. Ethical Considerations section in main text. An Ethical Considerations sub-section is **REQUIRED in the Methods section** for all studies involving human or animal subjects. Authors must include the following:

- 1) name of Institutional Review Board or ethics committee or institution that reviewed the study,
- 2) study approval number (or statement that a waiver was granted),
- 3) manner (oral, written) in which consent was obtained from participants, and
- 4) methods used to protect data and confidentiality of participants.

For Original articles and Brief Reports that did not require ethical review or approval, authors must provide a justification or statement in the Ethical Considerations section.

2. Clearance documentation. For studies that involve human or animal subjects, authors must upload a copy of the approval letter, certificate or waiver from their IRB or ethics committee as a supplementary file.

Journal Sections

The **manuscript file for all article types must contain the following required elements:** a title page, abstract, main text, references, acknowledgements, tables and figures, in that order. Manuscript files must be 1.5 or 2.0 spaced.

DO NOT format the text of the abstract, main text and references in multiple columns.

DO NOT submit required elements as separate files.

Formatting

Manuscripts must be formatted according to the instructions below.

- **Original** **Articles**
Original articles are full reports of results from original research. They provide an overview of innovative research in a particular field with or related to the focus and scope of the

journal.

- Abstract: Maximum 250 words. Must be structured using the headings: **Background, Objective, Methods, Results, Conclusion**.
- Main text: Maximum 3500 words. Must be structured using the headings below.
 - First-level headings: **Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusion**. NOTE: The **Results** and **Discussion** sections must be presented as separate sections; do not submit manuscripts with the Results and Discussion combined into a single section.
 - Second-level headings:
 - The **Materials and Methods** section must contain an **Ethical Considerations** section presented as its first sub-section. See **Ethical Considerations** section above for detailed requirements.
 - The **Discussion** must include a **Limitations** section presented as its last section
- References: Approximately 30.
- Tables/Figures: Maximum 5 total.

- **Reviews**

Review articles provide an in-depth exploration of recent developments in any field related to public health. All funding, writing assistance, and/or other relationships to possibly conflicted sources must be fully disclosed at the time of submission.

- Systematic reviews:
 - Abstract: Maximum 250 words. Must be structured using the headings **Introduction, Objective, Methods, Results, Conclusion**.
 - Main text: Maximum 4000 words. Must be structured using the headings: **Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusion**. The Methods section must clearly describe the search strategy (keywords, inclusion/exclusion criteria, search engines used, etc.)
- Narrative reviews:
 - Abstract: Maximum 250 words. May be unstructured.
 - Main text: Maximum 4000 words. Required headings:
 - **Introduction**. Provide background to put the report in context and define the aim of the study.
 - **Methods**. Briefly (about 1 paragraph) discuss the search terms and documents used for the review.
 - **Topical headings**. Other headings as determined by the authors should be used to designate major topics and serve as a guide for readers.
- References: *Minimum* 40.
- Tables/Figures: Maximum 5 total.

- **Public Health Pictures**

Public Health Picture articles showcase experience and perspectives (rather than research) on knowledge, practices, technological concepts and/or developments related to public health in Africa and other limited-resource settings.

- Abstract: Maximum 250 words. May be structured using topic-appropriate headings or unstructured.
- Main text: Maximum 3500 words. Required headings:
 - **Introduction**. Provide history, background, and/or context for readers to understand the context
 - **Topical headings**. Other headings as determined by the authors should be used to designate major topics and serve as a guide for readers.
 - **Conclusion**. Summarize the main 'take home messages' from the experience or perspective being reported.
- References: Approximately 20.
- Tables/Figures: Maximum 5 total.

• Brief Reports

Brief Reports must provide conclusive findings: preliminary observations or incomplete findings cannot be considered for publication.

- Abstract: Maximum 150 words. Must be unstructured and focus on the objective or aim of the study, most important results and conclusion.
- Main text: Maximum 2000 words. Must be structured using the headings below
 - First-level headings: **Background, Methods, Results, Discussion, Conclusion**.
 - Second-level headings:
 - The **Methods** section must contain an **Ethical Considerations** section presented as its first sub-section. See **Ethical Considerations** section above for detailed requirements.
 - The **Discussion** must include a **Limitations** section presented as its last section
- References: Approximately 20.
- Tables/Figures: Maximum 2 total.

• Case Reports

Case Reports describe observations on clinical cases that can be educational, including adverse effects of drugs or outcomes of a specific treatment.

- Abstract: Maximum 150 words. Must be structured using the headings: ***Introduction, Case Presentation, Management and Outcomes, Conclusion***.
- Main text: Maximum 2000 words. Must be structured using the headings below
 - First-level headings: ***Introduction, Case Presentation, Management and Outcomes, Conclusion***.
 - Second-level headings: The ***Case Presentation*** section must contain an ***Ethical Considerations*** section presented as its first sub-section. See 'Permission to publish' below and **Ethical Considerations** section above for detailed requirements.
- References: approximately 20.
- Tables/Figures: Maximum 3 total.
- Permission to publish: Must have been obtained from patients, parents or guardians (for children), and/or next of kin (for deceased patients). This must be stated in the Ethical Considerations section. Authors must upload a copy of the signed permission form as a supplementary file.

- **Letters to the Editor**

Letters to the Editor are short essays that express the authors' viewpoint, may respond to published manuscripts in our journals, or deliver information or news regarding an issue related to the Journal scope. If the letter relates to a published manuscript, the authors of the original manuscript will be given the opportunity to provide a response. Authors of Letters to the Editor should provide a short title.

- Abstract: None. Letters do not have abstracts
- Main text: Maximum 1500 words. Topical headings are not generally expected, but may be included if helpful for readers.
- References: Approximately 20.
- Tables/Figures: Maximum 1 total

- **Opinion**

Opinion articles offer short pieces or personal perspectives (not research) on knowledge, practices, technological concepts and/or developments that highlight recent, exciting research or policy developments related to any aspect of public health.

- Abstract: None. Opinion articles do not have abstracts.
- Main text: Maximum 2000 words. Topical headings should be used to help guide readers.
- References: Approximately 15.
- Tables/Figures: Maximum 2 total.

For further details on the specific layout to follow for the different types of papers published by the Journal, please refer to the **Section Policies**.

References

References should be prepared strictly according to the Vancouver style. References must be numbered consecutively in the order in which they are first cited in the text (not alphabetical order), and they must be identified in the text by Arabic numerals in superscript. References in the main text must always be cited after dots and commas. References to personal communications and unpublished data should be incorporated in the text and not placed under the numbered references [Example: (Wright 2011, unpublished data) or (Wright 2011, personal communication)]. Where available, URLs for the references should be provided directly within the MS-Word document. References in the References section must be prepared as follows:

- I. more than three authors, cite 3 authors, et al. If the paper has only 4 authors, cite all authors;
- II. title style: sentence case; please use a capital letter only for the first word of the title;
- III. journal titles mentioned in the References list should be abbreviated according to the following websites:
 - a. ISI Journal Abbreviations Index(<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations>);
 - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncifcrf.gov/research/bja>);
 - c. Medline List of Journal Titles (ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt);
- IV. put year after the journal name;
- V. never put month and day in the last part of the references;
- VI. cite only the volume (not the issue in brackets);
- VII. pages have to be abbreviated, e.g., 351-8.

To ensure the correct citation format, please check your references in the PubMed database (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Examples:

Standard journal article

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

Proceedings

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

Article with organization as author

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

Books

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002.

Bjørn Lomborg, ed. RethinkHIV - Smarter ways to invest in ending HIV in Sub-Saharan Africa. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. The genetic basis of human cancer. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113.

Peer-review policy

All manuscripts submitted to our journal are critically assessed by external and/or in-house experts in accordance with the principles of peer review (<http://www.icmje.org/#peer>), which is fundamental to the scientific publication process and the dissemination of sound science. Each paper is first assigned by the Editors to an appropriate Associate Editor who has knowledge of the field discussed in the manuscript. The first step of manuscript selection takes place entirely in-house and has two major objectives: i) to establish the article appropriateness for our journals readership; ii) to define the manuscript priority ranking relative to other manuscripts under consideration, since the number of papers that the journal receives is much greater than it can publish. If a manuscript does not receive a sufficiently high priority score to warrant publication, the editors will proceed to a quick rejection. The remaining articles are reviewed by at least two different external referees (second step or classical peer review). Manuscripts should be prepared according to the Uniform Requirements established by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org/#prepare>).

Authorship

All persons d

esignated as authors should qualify for authorship according to the [ICMJE criteria](#). Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Authorship credit should only be based on substantial contributions to i) conception and design, or analysis and interpretation of data; and to ii) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and on iii) final approval of the version to be published. These three conditions must all be met. **Participation solely in the acquisition of funding or the collection of data does not justify authorship. General supervision of the research group is not sufficient for authorship.** Any part of an article critical to its main conclusions must be the responsibility of at least one author. Authors should provide a brief description of their individual contributions.

Obligation to Register Clinical Trials (http://www.icmje.org/#clin_trials)

The ICMJE believes that it is important to foster a comprehensive, publicly available database of clinical trials. The ICMJE defines a clinical trial as any research project that prospectively assigns human subjects to intervention or concurrent comparison or control groups to study the cause-and-

effect relationship between a medical intervention and a health outcome. Medical interventions include drugs, surgical procedures, devices, behavioral treatments, process-of-care changes, etc. Our journals require, as a condition of consideration for publication, registration in a public trials registry. The journal considers a trial for publication only if it has been registered before the enrollment of the first patient. The journal does not advocate one particular registry, but requires authors to register their trial in a registry that meets several criteria. The registry must be accessible to the public at no charge. It must be open to all prospective registrants and managed by a non-profit organization. There must be a mechanism to ensure the validity of the registration data, and the registry should be electronically searchable. An acceptable registry must include a minimum of data elements (http://www.icmje.org/#clin_trials). For example, ClinicalTrials.gov (<http://www.clinicaltrials.gov>), sponsored by the United States National Library of Medicine, meets these requirements.

Protection of Human Subjects and Animals in Research

When reporting experiments on human subjects, authors should indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2013 (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>). If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the Helsinki Declaration, the authors must explain the rationale for their approach and demonstrate that the institutional review body explicitly approved the doubtful aspects of the study. When reporting experiments on animals, authors should indicate whether institutional and national standards for the care and use of laboratory animals were followed. Further guidance on animal research ethics is available from the World Medical Association (2016 revision, <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-animal-use-in-biomedical-research>) and from the International Association of Veterinary Editors' Consensus Author Guidelines on Animal Ethics and Welfare (<http://www.veteditors.org/consensus-author-guidelines-on-animal-ethics-and-welfare-for-editors>). When reporting experiments on ecosystems involving non-native species, Authors are bound to ensure compliance with the institutional and national guide for the preservation of native biodiversity.

ANEXO F: Confirmação da Submissão do Artigo

Jornal Brasileiro de Pneumologia



KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF PRISON OFFICERS AND HEALTH PROFESSIONALS RELATED TO TUBERCULOSIS AND HIV DETECTION IN PRISONS OF GAZA PROVINCE, MOZAMBIQUE

Journal:	<i>Jornal Brasileiro de Pneumologia</i>
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	PRISON, HEALTH, PROFESSIONALS, tuberculosis, HIV

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpneu-scielo>



Home

Author

Review

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

Jornal Brasileiro de Pneumologia

Manuscript ID

JBPNEU-2023-0057

Title

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF PRISON OFFICERS AND HEALTH PROFESSIONALS RELATED TO TUBERCULOSIS AND HIV DETECTION IN PRISONS OF GAZA PROVINCE, MOZAMBIQUE

Authors

Vilichane, Ivindo
Heringer, Tiago
Ely, Karine
Mabjaia, Augusto
Silva-Sobrinho, Reinaldo
VALIM, ANDREIA
Possuelo, Lia

Date Submitted

14-Feb-2023

Author Dashboard



ANEXO G: Grade de alcance dos Objetivos específicos

Objetivos específicos	Artigo	Alcance
Avaliar o conhecimento que os profissionais de saúde e agentes penitenciários possuem em relação ao TB e HIV	1	Alcançado
Descrever atitudes e práticas que os profissionais de saúde e agentes penitenciários possuem em relação ao TB e HIV	1	Alcançado
Avaliar a infraestrutura de saúde disponível nas penitenciárias onde são realizados os testes diagnósticos de TB e HIV	2	Alcançado
Verificar a existência de fluxograma (instrumento) de rastreabilidade de TB e HIV na porta de entrada do sistema prisional	2	Alcançado
Realizar diagnóstico situacional referente à prevenção, identificação e acompanhamento de PPL diagnosticados com TB e HIV no sistema prisional	2	Alcançado
Estimar a taxa de prevalência de TB e HIV na PPL dos centros penitenciários em estudo	2	Alcançado