

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

Karine Zenatti Ely

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E
TECNOLOGIAS EM SAÚDE: desenvolvimento de estratégias para o controle das
doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade**

Santa Cruz do Sul

2023

Karine Zenatti Ely

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E
TECNOLOGIAS EM SAÚDE: desenvolvimento de estratégias para o controle das
doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito obrigatório para obtenção do título de Doutor em Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lia Gonçalves Possuelo

Coorientadora: Profa. Dra. Andréia Rosane de Moura Valim

Santa Cruz do Sul

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Ely, Karine Zenatti

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E TECNOLOGIAS EM SAÚDE : desenvolvimento de estratégias para o controle das doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade / Karine Zenatti Ely. - 2023.

246 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Mestrado em Promoção da Saúde) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Lia Gonçalves Possuelo.

Coorientação: Profa. Dra. Andreia Rosane de Moura Valim.

1. Doenças Infectocontagiosas. 2. População Privada de Liberdade. 3. Gestão em Saúde. 4. Tecnologias em Saúde. 5. Aplicativos Móveis. I. Possuelo, Lia Gonçalves. II. Valim,

Andreia Rosane de Moura. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Karine Zenatti Ely

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E
TECNOLOGIAS EM SAÚDE: desenvolvimento de estratégias para o controle das
doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade**

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

Prof^a. Dr^a. Lia Gonçalves Possuelo
Professora orientadora – UNISC

Prof. Dr. Marcelo Carneiro
Professor examinador – UNISC

Prof^a. Dr^a. Maria Leticia Rodrigues Ikeda
Examinadora Externa – UNISINOS

Prof^a. Dr^a. Ivy Bastos Ramis de Souza
Examinadora Externa – FURG

Prof^a. Dr^a. Nathalia Halax
Examinadora Externa - UNIR

AGRADECIMENTOS

À minha família, que nunca poupou esforços para que eu pudesse estudar e me desenvolver enquanto mulher, mãe, trabalhadora, estudante e pesquisadora. Muito obrigada a todos!

Ao Carlos, meu companheiro de vida; à Betina, nossa primogênita, que nos faz pais tão orgulhosos; e ao Pedro, que nos apresenta a intensidade do mundo todos os dias.

Vocês são a razão de tudo!

À minha mãe, que está sempre pronta para uma nova aventura e à minha irmã Gabriela que compartilha os ideais da profissão e sempre tem uma cerveja gelada para oferecer. Bora!

Às políticas públicas, que me permitiram estudar e me formar, agradeço imensamente à Escola Estadual Adão Seger na qual cursei ensino fundamental e ensino médio, à Universidade Federal de Santa Maria na qual me tornei Enfermeira, à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul que me formou Sanitarista e, especialmente, à UNISC que acreditou em mim e me oportunizou desenvolver esse trabalho para além das fronteiras da Universidade e vivenciar de forma concreta o conceito ampliado de saúde. Desejo a todos os estudantes e jovens do Brasil, que possam ter as oportunidades que eu tive!

Que Deus me conceda saúde e sabedoria para reverter à população, ao menos parte, do que o Estado, enquanto instituição, investiu em mim e na minha formação. Quero poder fazer a diferença na vida das pessoas! Esse é meu grande compromisso, enquanto profissional do SUS, gestora e pesquisadora!

À Secretaria Estadual da Saúde e os colegas de jornada, à Secretaria de Justiça e Sistemas Penal e Socioeducativo e à Superintendência da Segurança Pública (SUSEPE), entendo que derrubamos muros, abrimos portas e janelas. Vida longa à essa relação!

À Malu, colega e amiga mais que especial! Você foi luz, sabedoria, calma e bondade infinita!

Quero continuar aprendendo muito contigo!

Ao grupo de pesquisa NUPESISP, que me surpreende a cada dia pela parceria e união de esforços, à Pauline, ao Victor, à Isa, e à Janine que foram excepcionais na construção, execução e avaliação de uma proposta ousada e inovadora.

Acredito que nossas intervenções serão lembradas por muito tempo!

Ao Leonel, ao Ygor e ao Gustavo que desenvolveram o software do PPLife, e ao Tiago, são eles que sempre nos salvam quando as máquinas não colaboram!

À banca examinadora, professora e colega Dra. Letícia Ikeda, referência em cuidado no HIV/Aids no Rio Grande do Sul e ao Professor Dr. Marcelo Carneiro, referência no cuidado em tuberculose em Santa Cruz do Sul, professora Dra. Ivy Batos Ramis e professora Dra.

Nathalia Halax, grandes e incansáveis pesquisadoras na luta contra a tuberculose. Agradeço a disponibilidade e as contribuições!

À minha coorientadora Andréia Valim, as tuas palavras sempre me motivaram!

*E finalmente, a pessoa que me convenceu, me apresentou o campo da pesquisa de uma maneira singular, leve e de muito significado – à Lia, só posso repetir o desejo do mestrado –
Quero ser tua amiga pra vida toda!!!!*

*Dedico esta tese a todos os jovens de
escola pública e origem humilde. O
ensino faz diferença na vida das pessoas,
das suas famílias e da comunidade onde
vivem!*

*Dedico também à minha família,
principalmente aos filhos, que seja
inspiração pela busca de conhecimento!*

RESUMO

A População Privada de Liberdade (PPL) é considerada um grupo vulnerável, especialmente, pelas precárias condições de vida, a alta prevalência de doenças infectocontagiosas e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A política de saúde prisional deve considerar as especificidades da PPL e garantir o acesso ao cuidado integral e equânime. O objetivo geral dessa tese foi contribuir para a gestão estadual da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul (RS). A proposta metodológica dividiu o trabalho em três eixos e resultou em cinco manuscritos/artigos, sendo um publicado e um aceito para publicação. O 1º Eixo tem foco no monitoramento e avaliação das doenças infectocontagiosas no sistema prisional; o 2º Eixo trata do desenvolvimento, intervenção e avaliação do Programa de Educação Permanente em Saúde - Sistema Prisional (PEPSSP); e o 3º Eixo apresenta um produto técnico, o aplicativo denominado PPLife, desenvolvido para os trabalhadores do sistema prisional.

Manuscrito I: EFEITOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DIRECIONADAS NA CURA DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL – Objetivo: Identificar os efeitos das políticas públicas e estratégias direcionadas sobre a cura da tuberculose (TB) no sistema prisional. **Materiais e Métodos:** A pesquisa consiste em um estudo descritivo observacional retrospectivo, utilizando dados de notificação de TB no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). O efeito das variáveis individuais e das políticas e estratégias sobre a cura da TB no sistema prisional foram analisados por regressão logística multivariada considerando valores significativos para $p < 0,05$ e intervalo de confiança 95%. **Resultados:** Foram notificados 3415 casos de TB na PPL do RS no período de 2018 a 2020. As equipes de atenção primária prisional (eAPP) foram a fonte notificadora em 1587 (47,8%) casos considerados para análise. Foram associados à não cura da TB: notificações por outras equipes de saúde (OR = 1,48; IC95% = 1,25-1,75); entradas por transferências (OR = 1,83; IC95% = 1,39-2,41) e reingresso pós abandono (OR = 1,46; IC95% = 1,12-1,89); diagnósticos por cultura de escarro (OR = 1,45; IC95% = 1,02-2,07), teste rápido molecular (TRM)(OR = 1,57; IC 95% = 1,31-1,89), histopatologia (OR = 1,36; IC95% = 1,06-1,75) e clínico epidemiológico (OR = 2,24; IC95% = 1,47-3,41); tratamento auto administrado (OR = 1,98; IC95% = 1,63-2,41); e viver com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) (OR = 1,57; IC95% = 1,24-1,98). **Conclusões:** O efeito das políticas públicas e estratégias

direcionadas para a cura da TB se sobrepõem à dimensão individual na PPL do RS. **Artigo II: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS ATORES DO SISTEMA PRISIONAL NO CENÁRIO PANDÊMICO** – A Educação Permanente em Saúde legitimou a educação na saúde com base na aprendizagem significativa, em vivências no cotidiano de trabalho e na solução de problemas de forma coletiva, além de estar pautada no Quadrilátero Ensino-Gestão-Atenção-Controle Social. A pandemia da Covid-19 exigiu novas formas de fazer saúde e educação, principalmente no sistema prisional, onde a superlotação é um impeditivo ao isolamento social. Este estudo teve como objetivo identificar, por meio de rodas de conversa virtuais, os desafios encontrados no cotidiano de trabalho e discutir propostas de intervenção com os atores do sistema prisional no período pandêmico, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Foi utilizada abordagem qualitativa de investigação com caráter descritivo, interpretativo e compreensivo de análise do fenômeno social, por meio da análise de conteúdo temático de Minayo. Da análise temática de conteúdo emergiram quatro categorias: desafios da assistência em saúde no sistema prisional no contexto da pandemia da Covid-19; desafios para a gestão da saúde nos estabelecimentos prisionais; interlocução entre instituições de ensino e sistema prisional; e o controle social e a representação familiar. As rodas de conversa virtuais propiciaram discussões aprofundadas e construções coletivas, propondo encaminhamentos pautados no Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde. **Manuscrito III: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL** – Essa Carta ao Editor tem como objetivo apresentar resultados preliminares de intervenção realizada com profissionais do sistema prisional do RS, por meio da Educação Permanente em Saúde, com foco na TB. O Programa de Educação Permanente em Saúde foi composto por *lives*, rodas de conversa virtuais e gincana virtual, um formato induzido pela pandemia de Covid-19, mas que facilitou a pesquisa em todo o estado. As *lives* apresentaram o conteúdo, as rodas de conversa permitiram a discussão nas 7 Macrorregiões do RS e a gincana incentivou ações práticas no contexto prisional. As equipes discutiram os conceitos, as formas de adquirir e prevenir a doença e a identificação de sintomáticos respiratórios. Foram enfatizadas, a importância da adesão ao tratamento, a forma adequada de coleta de escarro, diagnóstico complementar, assim como as condutas a serem tomadas após a suspeita de TB. As equipes participantes da gincana virtual replicaram nos seus contextos diários atividades de educação permanente em saúde, estabeleceram parcerias com instituições de ensino, realizaram o levantamento dos indicadores de controle de TB e HIV, busca ativa de casos e atualização de protocolos de diagnóstico, acompanhamento e tratamento. As

avaliações preliminares apontaram para valorização das vivências, troca de experiências e aprendizagem significativa que são condições fundamentais para a solução de problemas no cotidiano das instituições penais, favorecendo o enfrentamento da TB e outras complexidades que atingem a PPL. **Manuscrito IV: APLICATIVOS RELACIONADAS AO CUIDADO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSÍNTESE – Objetivo:** Identificar os aplicativos relacionadas ao cuidado em saúde no sistema prisional. **Metodologia:** Foi realizada revisão sistemática de literatura consultando as seguintes bases de dados: *PubMed*, *IEEE Explore Digital library*, *LILACS*, *Google Scholar*, *SciELO*, *Science Direct*, *ACM Digital Library*, *PROQUEST - Applied Social Sciences*, *Scopus*, *Compendex*, *Web of Science*, *CINAHL* e *The Cochrane Controlled Trials Register*. Três pesquisadores independentes buscaram publicações considerando a pergunta da pesquisa: "Quais os aplicativos utilizados no cuidado em saúde no Sistema Prisional"? Foram utilizados como critério de inclusão artigos publicados entre 2010 e junho de 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol, com seres humanos, idade maior de 18 anos e texto completo disponível. Os artigos foram organizados pelo método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*). **Resultado:** Foram encontrados cinco estudos referentes ao uso de App no sistema prisional, três deles desenvolvidos e testados quanto à usabilidade e quatro deles com foco no período de reinserção social. **Conclusão:** Não foram encontrados aplicativos que tratem de doenças infectocontagiosas na PPL. **Manuscrito V: PPLife: APLICATIVO INFORMATIVO PARA A GESTÃO DO CUIDADO E CONTROLE DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NAS INSTITUIÇÕES PENAIAS - Objetivo:** Desenvolver um App para *smartphones* que possa fornecer informações confiáveis sobre TB, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, bem como os fluxogramas diagnósticos e o cálculo dos indicadores operacionais. **Metodologia:** O aplicativo foi desenvolvido apoiado na metodologia *Design Science Research* (DSR) que envolve doze etapas: identificação do problema, conscientização do problema, revisão sistemática, identificação de artefatos, configuração das classes de problemas, proposição de artefatos para resolver o problema específico, projeto do artefato, desenvolvimento do artefato, avaliação do artefato, explicitações de aprendizagem, conclusão, generalização para uma classe de problemas e comunicação dos resultados. **Resultado:** A avaliação funcional do App demonstrou boa funcionabilidade, boa confiabilidade, boa usabilidade, boa eficiência para os profissionais do sistema prisional. **Conclusão:** O App PPLife foi desenvolvido para fornecer informações úteis e confiáveis para os trabalhadores do sistema prisional, referente ao controle de doenças infectocontagiosas, pautado na rigorosa metodologia DSR.

Considerações Finais: A proposta intersetorial e interinstitucional do trabalho possibilitou ações e estratégias que contribuíram com a gestão estadual da saúde prisional, especialmente no controle de doenças infectocontagiosas. O monitoramento e avaliação das doenças infectocontagiosas, com definição de indicadores e metas, auxilia os profissionais da saúde que atuam no sistema prisional na gestão de casos e do cuidado em saúde direcionado à PPL. A EPS, desenvolvida de forma on-line, democratizou o acesso ao conhecimento, permitiu a discussão de temas relevantes por macrorregiões de saúde do estado e o 1º Competi-TB resultou em ações de controle da TB nas instituições penais, demonstrando, na prática, a possibilidade e necessidade de sua realização. O App PPlife é um produto técnico, fruto dessa tese de doutorado, um legado do trabalho realizado e apresentado como ferramenta de trabalho e gestão, incluindo conteúdo teórico referente à tuberculose, sífilis, HIV, hepatite B e Hepatite C e o cálculo de indicadores específicos para a PPL.

Palavras chave: Aplicativos Móveis; Doenças Transmissíveis; Educação em Saúde; Política de Saúde; Prisões.

ABSTRACT

The Population Deprived of Liberty (PPL) is considered a vulnerable group, especially due to precarious living conditions, the high prevalence of infectious and contagious diseases and the difficulty in accessing health services. The prison health policy must consider the specificities of the PDL and ensure access to comprehensive and equitable care. The general objective of this thesis was to contribute to the state management of the State Policy for Primary Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System, within the scope of the Unified Health System (SUS) in Rio Grande do Sul (RS). The methodological proposal divided the work into three axes and resulted in five manuscripts/articles, one published and one accepted for publication. The 1st Axis focuses on monitoring and evaluating infectious diseases in the prison system; the 2nd Axis deals with the development, intervention and evaluation of the Permanent Health Education Program - Prison System (PEPSSP); and the 3rd Axis presents a technical product, the application called PPLife, developed for workers in the prison system.

Manuscript I: EFFECTS OF PUBLIC POLICIES AND TARGETED STRATEGIES IN THE CURE OF TUBERCULOSIS IN THE PRISON SYSTEM – Objective:

To identify the effects of public policies and targeted strategies on curing tuberculosis in the prison system. **Materials and Methods:** The research consists of a retrospective, observational, descriptive epidemiological study, using tuberculosis (TB) notification data from the National Notifiable Diseases System (SINAN). The effect of individual variables and policies and strategies on the cure of TB in the prison system were analyzed by multivariate logistic regression considering significant values for $p < 0.05$ and 95% confidence interval. **Results:** A total of 3415 cases of TB were reported in PPL in Rio Grande do Sul (RS) during the study period. Prison primary care teams (eAPP) were the reporting source in 1587 (47.8%) cases considered for analysis. The following were associated with not curing TB: notifications by other health teams (OR = 1.48; 95%CI: 1.25-1.75); admissions due to transfers (OR = 1.83; 95%CI: 1.39-2.41) and re-entry after dropping out (OR = 1.46; 95%CI: 1.12-1.89); diagnoses by sputum culture (OR = 1.45; 95%CI: 1.02-2.07), TRM (OR = 1.57; 95%CI: 1.31-1.89), histopathology (OR = 1.36; 95%IC: 1.06-1.75) and clinical epidemiological (OR = 2.24; 95%CI: 1.47-3.41); self-administered treatment (OR = 1.98; 95%CI: 1.63-2.41); and living with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/Aids) (OR = 1.57; 95%CI: 1.24-1.98). **Conclusions:** The effect of public policies and strategies aimed at curing tuberculosis overlap with the individual dimension in PDL in RS. **Article II:**

PERMANENT HEALTH EDUCATION AND THE ACTORS OF THE PRISON SYSTEM IN THE PANDEMIC SCENARIO - Permanent Health Education (EPS)

legitimized health education based on meaningful learning, daily work experiences and problem solving collectively and is based on the Teaching-Management-Attention-Social Control Quadrangle. The Covid-19 pandemic required new ways of doing health and education, especially in the prison system, where overcrowding is an impediment to social isolation. This study aimed to identify, through virtual conversation circles, the challenges encountered in daily work and discuss proposals for intervention with the actors of the prison system in the pandemic period, from the perspective of the EPS. A qualitative research approach was used with a descriptive, interpretive and comprehensive analysis of the social phenomenon, through Minayo's thematic content analysis. From the thematic content analysis, four categories emerged based on the EPS Quadrilátero: challenges of health care in the prison system in the context of the Covid-19 pandemic; challenges for health management in prisons; dialogue between HEIs and the prison system and social control and family representation. The virtual conversation circles provided in-depth discussions and collective constructions. The intersectoral and interdisciplinary organization allowed reflections on practices and advances in knowledge and in the direction of qualification of health care in the prison system. The EPS promoted changes in the state's prison health, becoming a relevant device to point out ways and new ways of doing health in the prison system. **Manuscript III:**

PERMANENT HEALTH EDUCATION AS A TUBERCULOSIS CONTROL STRATEGY IN THE PRISON SYSTEM - This Letter to the Editor aims to present

preliminary results of an intervention carried out with professionals from the prison system of Rio Grande do Sul, through Permanent Health Education, with focus on tuberculosis. The Permanent Health Education Program was composed of lives, virtual conversation circles and virtual gymkhana. The lives presented the content, the conversation wheels allowed discussion in the 7 Macroregions of the state of Rio Grande do Sul and the gymkhana encouraged practical actions in the prison context. The teams discussed the concept of the disease, its transmission, ways to avoid it and the identification of respiratory symptoms. The importance of adherence to treatment, the proper form of sputum collection and diagnosis and the conduct to be taken after the suspicion of TB were emphasized. The teams participating in the virtual competition replicated permanent health education activities in their daily contexts, established partnerships with educational institutions, carried out a survey of TB and HIV control indicators, actively searched for cases and updated diagnostic, monitoring and treatment. The preliminary evaluations point to the valorization of experiences, exchange of

experiences and significant learning, fundamental conditions for solving problems in the daily life of penal institutions and for coping with tuberculosis and other complexities that affect the population deprived of liberty. **Manuscript IV: APPLICATIONS RELATED TO HEALTH CARE IN THE PRISON SYSTEM: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-SYNTHESIS – Objective:** To identify applications related to health care in the prison system. **Methodology:** A systematic literature review was carried out by consulting the following databases: PubMed, IEEE xplora Digital library, LILACS, Google Scholar, SciELO, Science Direct, ACM Digital Library, PROQUEST - Applied Social Sciences, Scopus, Compendex, Web of Science, CINAHL and The Cochrane Controlled Trials Register. Three independent researchers searched for publications considering the research question: "What are the applications used in health care in the Prison System?" human beings, aged over 18 years and full text available. The articles were organized by the PRISMA method (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). **Result:** Five studies were found regarding the use of APP in the prison system, three of them developed and tested for usability and four of them focused on the period of social reintegration. **Conclusion:** No applications were found that deal with infectious diseases in the prison population. **Manuscript V - PPLife: APLICATIVO INFORMATIVO PARA A GESTÃO DO CUIDADO E CONTROLE DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NAS INSTITUIÇÕES PENAIS – Objective:** Develop an App for smartphones that can provide reliable information on TB, HIV, syphilis, hepatitis B and hepatitis C, as well as diagnostic flowcharts and the calculation of operational indicators. **Methodology:** The application was developed based on the Design Science Research (DSR) methodology, which involves twelve steps: identification of the problem, awareness of the problem, systematic review, identification of artifacts, configuration of classes of problems, proposition of artifacts to solve the specific problem, artifact design, artifact development, artifact evaluation, learning explanations, conclusion, generalization to a class of problems, and communication of results. **Result:** The functional evaluation of the App showed good functionality, good reliability, good usability, and good efficiency for professionals in the prison system. **Conclusion:** The PPLife App was developed to provide useful and reliable information for workers in the prison system, regarding the control of infectious and contagious diseases, based on the rigorous DSR methodology. **Final Considerations:** The work's intersectoral and interinstitutional proposal enabled actions and strategies that contributed to the state management of prison health, especially in the control of infectious and contagious diseases. The monitoring and evaluation of infectious and contagious diseases, with the definition of

indicators and targets, helps health professionals who work in the prison system in the management of cases and health care directed to the PDL. EPS, developed online, democratized access to knowledge, allowed the discussion of relevant topics by health macro-regions of the state and the 1st Competi-TB resulted in TB control actions in penal institutions, demonstrating, in practice, the possibility and necessity of its realization. The PPlife App is a technical product, the result of this doctoral thesis, a legacy of the work carried out and presented as a work and management tool, including theoretical content related to tuberculosis, syphilis, HIV, hepatitis B and Hepatitis C and the calculation of specific indicators for PPL.

Keywords: Mobile Applications; Communicable Diseases; Health Education; Health Policy; Prisons.

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO I

Figura 1 – Objetivos de desenvolvimento sustentável.....	22
Figura 2 – PPL dos estados brasileiros em 2021 e sua variação em relação à 2020.....	23
Figura 3 - Coeficiente de incidência de tuberculose. Brasil, 2012 a 2022 ^a	29
Figura 4 – Casos novos de tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis. Brasil, 2015 a 2022 ^a	29
Figura 5 – Casos novos de tuberculose diagnosticados em população vulneráveis. RS, 2016 a 2020.....	30
Figura 6 – Cascata de cuidado contínuo do HIV. Brasil, 2021.....	34
Figura 7 – Prevenção Combinada do HIV utilizada no Brasil, 2022.....	36
Figura 8 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis.....	38
Figura 9 – Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 – 2021.....	39
Figura 10 – Estratégias para redução da sífilis no Brasil.....	40
Figura 11 – Taxa de detecção de hepatite B (por 100 mil habitantes) segundo UF e capital de residência, Brasil, 2021.....	41
Figura 12 – Taxa de detecção de hepatite C (por 100 mil habitantes) segundo UF e capital de residência, Brasil, 2021.....	43

CAPÍTULO II

Artigo II

Figura 1 – Macrorregiões do Estado do Rio Grande do Sul.....	54
--	----

CAPÍTULO III

Figura 1 – Fluxograma das etapas do método <i>Design Science Research</i>	77
Figura 2 – Registro da Revisão Sistemática no PROSPERO.....	80

LISTA DE TABELAS

Artigo II

Tabela 1 – Caracterização do grupo representado pelos participantes da pesquisa, segundo Macrorregião de Saúde, 2021.....	55
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
App	Aplicativo
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CD4	Linfócitos com <i>Cluster of differentiation 4</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESP	Curadoria de Experiências em Saúde Prisional
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COMPETI-TB	Competição em saúde contra a tuberculose no sistema prisional
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCS	Descritores em Saúde
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DOTS	<i>Directly observed treatment, short-course</i>
DPR	Delegacia Penitenciária Regional
DSR	<i>Desing Science Resarch</i>
eAPP	Equipes de Atenção Primária Prisional
EABp	Equipes de Atenção Básica Prisional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FCC	Frente dos Coletivos Carcerários
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IC	Intervalo de confiança
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IEC	<i>International Eleetrotechnical Commission</i>
IES	Instituição de Ensino Superior
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
I = I	Indetectável = Intransmissível
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Travestis, Queer, Interssexuais, Assexuais e mais outras formas de expressão da sexualidade
NUPESISP	Núcleo de Pesquisa com foco no Sistema Prisional
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i> (Razão de chances)
PA	Pronto Atendimento
PARCA	Probation/Parole and Reentry Coach App
PEPSSP	Programa de Educação Permanente em Saúde – Sistema Prisional
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Profilaxia Pós-Exposição

PICO	<i>Patient, Intervention, Comparison and Outcomes</i>
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PNAISP	Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPGPS	Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
PPL	População Privada de Liberdade
PPSUS	Programa pesquisa para o SUS
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis</i>
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV e Aids
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCV	Rodas de Conversa Virtuais
RCPeer	<i>Peer Support of Individuals Reentering Communities After Incarceration</i>
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SJSPS	Secretaria de Justiça e Sistemas Penal e Socio Educativo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TB-DR	Tuberculose Drogarresistente
TB/HIV	Coinfecção tuberculose e HIV
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TES	Trabalho, Educação e Saúde (Revista)
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TRM	Teste Rápido Molecular
TSP	Técnico Superior Penitenciário
UBS	Unidade Básica de Saúde
UN	United Nations (ONU = Organização das Nações Unidas)
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	22
1 INTRODUÇÃO	23
2. A GESTÃO DA SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL	27
2.1 Monitoramento e avaliação de doenças contagiosas no sistema prisional.....	27
2.1.1 Tuberculose no sistema prisional.....	39
2.1.2 HIV/Aids no sistema prisional.....	34
2.1.3 Coinfecção TB/HIV no sistema prisional.....	38
2.1.4 Sífilis no sistema prisional.....	38
2.1.5 Hepatite B no sistema prisional.....	41
2.1.6 Hepatite C no sistema prisional.....	43
2.2 Educação Permanente em Saúde (EPS): problematização para promover significado no cotidiano.....	44
2.3 Tecnologias em saúde: dispositivos para o cuidar.....	46
2.4 Interdisciplinaridade: um mundo de possibilidades e conectividade de núcleos profissionais.....	47
3. OBJETIVOS	49
3.1 Objetivo geral.....	49
3.2 Objetivos específicos.....	49
CAPÍTULO II – ARTIGOS e MANUSCRITOS	50
1 Manuscrito I – EFEITOS DAS POLÍTICA PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DIRECIONADAS NA CURA DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL...	51
2 Artigo II – A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS ATORES DO SISTEMA PRISIONAL NO CENÁRIO PANDÊMICO	52
3 Manuscrito III – PERMANENT HEALTH EDUCATION AS A TUBERCULOSIS CONTROL STRATEGY IN THE PRISON SYSTE	68
4 Manuscrito IV – APLICATIVOS RELACIONADOS AO CUIDADO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSÍNTESE	73
5 Manuscrito V – PPLife: APLICATIVO PARA A GESTÃO DO CUIDADO DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NAS INSTITUIÇÕES PENAIS PAUTADO NA METODOLOGIA <i>DESIGN SCIENCE RESEARCH</i>	75
CAPÍTULO III – PRODUÇÃO TÉCNICA	77
1 DESENVOLVIMENTO DO APLICATIVO	78
1.1 Identificação do problema.....	80
1.2 Conscientização do problema.....	80
1.3 Revisão sistemática.....	80
1.4 Identificação dos artefatos e configurações das classes de problemas.....	81
1.5 Proposição de artefatos para resolver o problema específico.....	82
1.6 Projeto do artefato selecionado.....	83
1.7 Desenvolvimento do artefato.....	83
1.8 Avaliação do artefato.....	84
1.9 Explicações de aprendizagem.....	84
1.10 Conclusões.....	84
1.11 Generalização para uma classe de problemas.....	84

1.12 Comunicação dos resultados.....	84
CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES GERAIS.....	85
CAPÍTULO V – NOTA À IMPRENSA	88
CAPÍTULO VI – RELATÓRIO DE CAMPO.....	90
CAPÍTULO VII – PERSPECTIVAS.....	95
REFERÊNCIAS.....	97
ANEXOS	
ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE	106
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – UNISC.....	108
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – ESP/RS.....	112
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Escola do Serviço Penitenciário.....	121
ANEXO E – Normas da Revista <i>Global Health Promotion</i>	124
ANEXO F – Normas da Revista Trabalho, Educação e Saúde (TES).....	128
ANEXO G – Normas do Jornal Brasileiro de Penumologia.....	136
ANEXO H – Normas do <i>Journal of Health Informatics</i>	144
ANEXO I – Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.....	151
ANEXO J – Protocolo de registro no PROSPERO.....	160
ANEXO K – Conteúdo do App - Conceitos, Diagnóstico e Indicadores	172
ANEXO L – Curadoria de Experiências em Saúde Prisional.....	229
ANEXO M – Telas do App PPLife.....	236
ANEXO N – Capítulo e-book.....	238

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado, elaborada pela enfermeira Karine Zenatti Ely e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) é composta por 7 capítulos que englobam as seguintes seções:

Capítulo I – Inclui a introdução, marco teórico (A gestão da saúde no sistema prisional) e objetivos (geral e específicos).

Capítulo II – Compreende os Artigos e Manuscritos I, II, III, IV e V. O Manuscrito I é um estudo transversal referente aos casos de tuberculose (TB) notificados na População Privada de Liberdade (PPL) do Rio Grande do Sul (RS) entre 2018 e 2020; esse artigo se refere ao Eixo 1 – Monitoramento e Avaliação - e será traduzido e submetido à revista internacional *Global Health Promotion*, Qualis B1. Os artigos II e Manuscrito III referem-se ao Eixo 2 – Educação Permanente em Saúde (EPS) – sendo que o artigo II está publicado na Revista Trabalho, Educação e Saúde, Qualis B1 e o artigo III está aprovado para publicação no Jornal Brasileiro de Pneumologia, Qualis B1. O artigo II é um estudo qualitativo referente às Rodas de Conversa Virtuais do Programa de Educação Permanente em Saúde – Sistema Prisional (PEPSSP). O Manuscrito III é uma carta ao editor, na qual são apresentados os resultados preliminares do 1º Competi-TB. Os Manuscritos IV e V, referem-se ao Eixo 3 – Tecnologias em Saúde e estão em fase de aprimoramento. O Manuscrito IV é uma revisão sistemática e metassíntese, na qual foi realizada a busca de publicações referentes à aplicativos (App) relacionados à saúde e utilizados no sistema prisional, pretende-se submetê-lo ao *Journal of Health Informatics*, Qualis A4. O Manuscrito V apresenta a metodologia de desenvolvimento e avaliação do produto técnico, o App PPLife, que será submetido aos Cadernos de Saúde Pública, Qualis A1.

Capítulo III – Apresenta o produto técnico – App PPLife

Capítulo IV – Mostra as conclusões gerais da pesquisa realizada.

Capítulo V – Traz a nota à imprensa, uma reportagem jornalística divulgando para sociedade resultados da pesquisa.

Capítulo VI – Dispõe sobre o relatório de campo, a trajetória percorrida, as alianças firmadas e as dificuldades enfrentadas no decorrer da pesquisa e da intervenção.

Capítulo VII – Apresenta as perspectivas em relação à repercussão e continuidade do trabalho.

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

A saúde prisional é um tema de grande relevância considerando a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Figura 1), que propõe estratégias para melhoria da saúde e educação, redução das desigualdades, estímulo ao crescimento econômico, preservação ambiental e combate às mudanças climáticas (VALENTIM et al., 2022). O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, refere-se à saúde e bem estar, pretende assegurar uma vida saudável e promover bem estar para todas e todos, em todas as idades, destacando-se a garantia de acesso ao serviço de saúde e o fim da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), TB e hepatites, seguindo diretrizes das “Regras de Bangkok” de 2010 e as “Regras de Nelson Mandela” de 2015. As “Regras de Bangkok” traçam diretrizes para o tratamento de mulheres presas e as “Regras de Nelson Mandela” são as regras mínimas para o tratamento de pessoas presas, recomendando que não haja discriminação e que as crenças religiosas e preceitos morais sejam respeitados (UNODC, 2015).



Figura 1 – Objetivos de desenvolvimento sustentável

Fonte: GTSC A2030.

O ODS 4 visa garantir o acesso à educação inclusiva, de qualidade para todos os níveis de aprendizagem; o ODS 10 busca reduzir desigualdades e garantir igualdade de oportunidades; o ODS 11 vai tornar as cidades e comunidades mais inclusivas, seguras,

resilientes e sustentáveis e o ODS 16 quer promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável (ISMAIL et al., 2021) Os ODS citados estão alinhados às políticas públicas em desenvolvimento no sistema penitenciário do RS, a citar o desenvolvimento do PEPSSP, a ampliação de equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), a promoção de integração entre os núcleos da saúde e segurança e a visibilidade alcançada pela temática nos últimos anos por meio da tecnologia e mídias sociais.

A PPL no Brasil continua aumentando, sendo registrado, em 2021, o total de 820.689 pessoas presas, o que representou um aumento de 7,3%, em relação a 2020. O número de vagas no sistema prisional brasileiro é de 634.469 em 1.560 estabelecimentos penais, com déficit de 22,7%. Apenas 14,5% da PPL desempenha alguma atividade laboral ou educativa. Em 2021, o RS passou de sétimo para quinto estado da federação em número de presos, com 41,3 mil, atrás de São Paulo (209,4 mil), Minas Gerais (70,5 mil), Rio de Janeiro (53,1 mil) e Pernambuco (48,4 mil) (Figura 2) (FBSP, 2022).

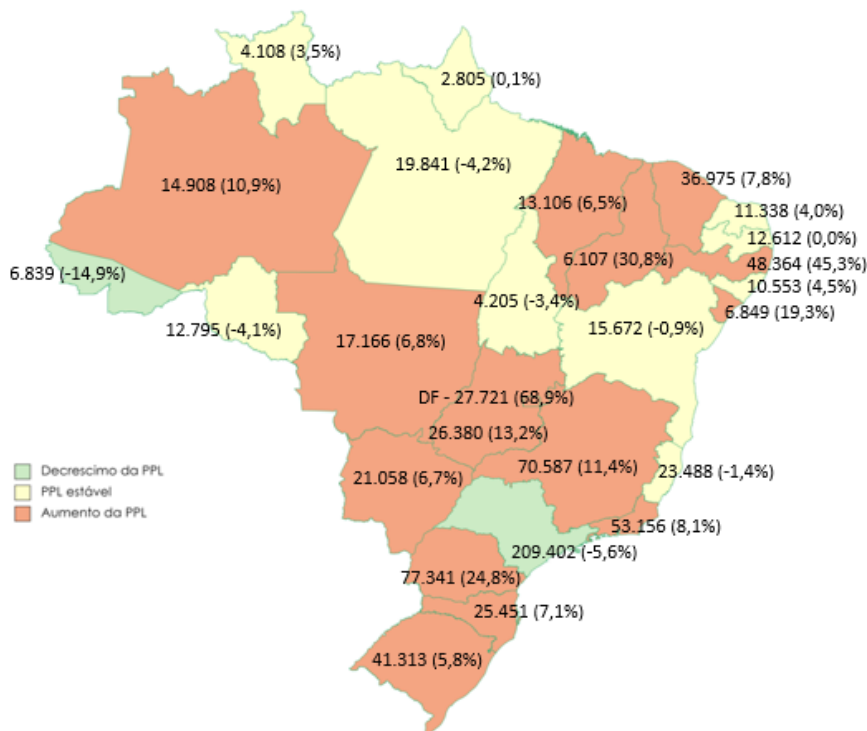


Figura 2 – PPL dos estados brasileiros em 2021 e sua variação em relação à 2020

Fonte: da autora.

Acompanhando o aumento da PPL nacional, o RS também apresenta aumento de pessoas presas, passando de 32.944 em 2016 (RIO GRANDE DO SUL, [s.d.]) para 43.541 pessoas presas em 2023 (RIO GRANDE DO SUL, 2023), ou seja, um aumento de 32,2% em seis anos. Os dados do site da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE)

mostram que o percentual de homens e mulheres privadas de liberdade permanece constante, sendo 94,3% homens e 5,7% mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2023). O cuidado em saúde é realizado por 45 eAPP, com cobertura de 54,5% da PPL em regime fechado, número que foi ampliado em 9 (25%) entre 2016 e 2022. (RIO GRANDE DO SUL, [s.d.]) Os demais presos são atendidos por equipes de atenção primária do território (RIO GRANDE DO SUL, 2021a).

O cuidado em saúde nas instituições penais deve estar no escopo da política de saúde por duas razões principais. A primeira está relacionada à vulnerabilidade e ao adoecimento da PPL, que refletem na saúde da população geral. A alta prevalência de doenças graves e infecciosas no sistema prisional, pode acarretar o aumento da carga dessas doenças na comunidade, devido às pessoas que entram e saem do sistema prisional por conta das visitas, e quando os presos saem em liberdade, levando consigo doenças não tratadas. Assim, deveria ser de interesse de toda a sociedade que esse grupo vulnerável recebesse proteção e tratamento para qualquer doença. A segunda razão é o compromisso ético com a justiça social. A maioria das PPL provém de condições econômicas desfavoráveis e baixos níveis de escolaridade. Os cuidados em saúde representam um compromisso com a redução das desigualdades em saúde como contribuição para saúde de todos, onde ninguém é deixado para trás (VALENTIM et al., 2022; WHO, 2014).

Essa tese se justifica na importância da saúde prisional para o alcance dos ODS até 2030, no cenário de vulnerabilidade onde está inserida a PPL, na alta incidência de doenças infectocongiósas e na inexistência de mecanismos de suporte, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas eAPP, que representam grandes desafios para a gestão estadual de saúde e segurança. Aproveitar o encarceramento para diagnosticar e tratar doenças de maior prevalência na PPL contribui para redução da carga de doenças na população não confinada. Compreender a percepção dos trabalhadores do sistema penal sobre o cuidado em saúde da PPL, educação permanente e novas tecnologias de trabalho para as equipes da saúde e segurança poderia colaborar com a gestão da saúde prisional e o processo de trabalho das próprias equipes.

Essa tese foi desenvolvido em três eixos: 1) monitoramento e avaliação de doenças infectocontagiosas no sistema prisional – HIV/Aids, TB, sífilis, hepatite B e hepatite C; 2) Educação Permanente em Saúde – Sistema Prisional (PEPSSP); e 3) Tecnologia da informação em saúde, com o desenvolvimento de um App para *smartphone* direcionado aos trabalhadores do sistema prisional (PPLife).

Assim, estabelece-se a seguinte **questão norteadora**: quais as principais contribuições à gestão da política estadual de saúde prisional relacionadas ao monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde?

2 A GESTÃO DA SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

A gestão em saúde no sistema prisional é desenvolvida pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) em âmbito federal (BRASIL, 2014a) e pela Política Estadual de Atenção Primária à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito estadual (RIO GRANDE DO SUL, 2021a), ambas norteadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Com o objetivo de auxiliar a gestão estadual em demandas prioritárias identificadas em diagnóstico situacional realizado anteriormente (ALLGAYER et al., 2019; ELY, 2019), a revisão bibliográfica está pautada nos três eixos da tese: monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde.

2.1 Monitoramento e Avaliação de doenças infectocontagiosas no sistema prisional

O monitoramento em saúde está alicerçado na coleta contínua de dados para cálculo e acompanhamento de indicadores referentes à uma determinada intervenção. A avaliação analisa o resultado da intervenção, a fim subsidiar a tomada de decisão, a resolução de problemas e a implementação de políticas públicas, de forma que ambas se complementam (SOUZA, 2018). O monitoramento, que ocorre de forma contínua, fornece informações para avaliação, que ocorre em momento pontual e envolve julgamento de valor (BATISTA et al., 2020).

Para realização do monitoramento e avaliação na saúde coletiva, utiliza-se indicadores de saúde, que são medidas estimadas do estado de saúde de uma população (BATISTA et al., 2020; OPAS, 2018). Podem ser representados por números absolutos ou calculados por meio de uma relação entre dois ou mais dados, como por exemplo, coeficiente, percentual ou taxa (VECINA; MALIK, 2016).

Dados são as unidades primárias, que, ao ser trabalhados, geram indicadores que precisam ser verdadeiros, ter qualidade e ser armazenados sistematicamente (OPAS, 2018). O indicador, ao ser analisado, produz informação, que ao ser interpretado, produz conhecimento. Para que esse processo seja exequível, geralmente os dados são armazenados em Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que precisam ter ampla capacidade de registro e possibilidade de recuperação de dados, além do acompanhamento através do tempo por meio de ferramentas como os Painéis de Bordo (SBIBAE, 2021). O Painel de Bordo deve ser de fácil

entendimento para gestores e sociedade civil, permitindo a investigação sobre a mudança social e os determinantes da saúde da população (BATISTA et. al., 2020a; JANNUZZI, 2016).

Para Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), os indicadores de saúde também têm a importante função de embasar e influenciar a gestão para a tomada de decisão e produzir ações para melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades, na denominada saúde pública baseada em evidências (OPAS, 2018). Para MCDOWELL et al. (2004) e BATISTELLA (2007), os indicadores de saúde tem diversos usos e aplicações:

- **Explicação:** ajudam a compreender porque alguns indivíduos ou grupo de pessoas são saudáveis e outros não, incluindo questões de gênero, raça, renda e outros determinantes sociais de saúde;
- **Gestão dos sistemas e melhoria da qualidade:** a coleta, análise e monitoramento de indicadores embasam a tomada de decisão;
- **Avaliação:** Os indicadores de saúde reproduzem os resultados das intervenções, políticas, programas, serviços e ações de saúde;
- **Promoção da causa:** Os indicadores podem favorecer ou contrariar ideias e ideologias;
- **Prestação de contas:** informa sobre riscos, padrões de doença e morte, tendências no decorrer do tempo cumprindo importante papel para o controle social, avaliação e acompanhamento institucional;
- **Pesquisa:** a observação da distribuição espacial e temporal dos indicadores de saúde pode explicar tendências e discrepâncias;
- **Mensuração das disparidades de gênero:** proporciona evidências a fim de verificar se a diferença observada entre homens e mulheres decorre da desigualdade de gênero.

A partir desses conceitos foram propostos indicadores para monitoramento e avaliação das doenças infectocontagiosas mais prevalentes no sistema prisional, a citar: TB, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis, hepatite B e hepatite C (BARSAGLINI, 2016; ELY, 2019). Esses indicadores, com suas respectivas metas, foram sugeridos, construídos e avaliados pelos gestores das políticas públicas no Estado do RS, e constam na aba INDICADORES do App PPLife, que será discutido no EIXO 3. Conhecer os indicadores é essencial para identificar necessidades e planejar ações para o controle dessas doenças

(BRASIL, 2016). Primeiramente, é necessário conhecer a epidemiologia, formas de diagnóstico, controle e tratamento das doenças relacionadas.

2.1.1 Tuberculose no sistema prisional

A TB é uma doença milenar, curável e evitável. O *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch é transmitido pelo ar (aerossóis). A transmissão está relacionada à ambientes insalubres de baixa luminosidade e ventilação e aos aglomerados populacionais. Dessa forma, a PPL apresenta alta vulnerabilidade ao contágio e adoecimento por TB (WHO, 2021, BRASIL, 2019a). Estudos evidenciaram que as instituições penais podem ser reservatórios de TB, amplificando a doença para população geral (MABUD et al., 2019; SACCHI et al., 2015; WALTER et al. 2022).

A pandemia de COVID-19 impactou o controle da TB a nível mundial e de outras doenças infecciosas ou não, principalmente, na oferta de serviços e diagnósticos realizados (MACIEL; GONCALVES JUNIOR; DALCOLMO, 2020; MACIEL et al., 2022; WHO, 2021). Estima-se que 10,6 milhões de pessoas adoeceram de TB no mundo, em 2021, com taxa de detecção de 134/100 mil habitantes e 1,6 milhão de pessoas morreram pela doença (WHO, 2022). Esses dados refletem um retrocesso de quatro anos, retornando aos níveis de 2017. O Brasil permanece entre os 30 países do mundo com alta carga de TB e alta carga de coinfeção TB/HIV (WHO, 2021; 2022).

Em 2020, os dados epidemiológicos brasileiros acompanham as tendências mundiais, com diminuição dos diagnósticos em decorrência da pandemia da Covid-19 (Figura 3). A diminuição dos diagnósticos infere que o quantitativo de pessoas não tratadas aumentou, aumentando também a infecção comunitária da doença (BRASIL, 2023a, WHO, 2022). Em 2021 e 2022 houve uma recuperação parcial nos diagnósticos, com 74.385 (34,9/100 mil habitantes) e 78.057 (36,3/100 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2023a). Em 2020, foram registrados 4.543 óbitos com coeficiente de mortalidade de 2,1 óbitos/100 mil habitantes. Em 2022, o número de óbitos passou para 5.074, atingindo marcas semelhantes à 2002, um retrocesso de 20 anos (BRASIL, 2023a).

O RS ocupa a 7ª posição no cenário nacional em detecção de casos. Os estados com os maiores coeficientes de incidência são: Amazonas (71,3/100 mil habitantes), Rio de Janeiro (67,4/100 mil habitantes) e Roraima (54,6/100 mil habitantes) (BRASIL, 2023a). Foram registrados 4.769 casos novos de TB no RS em 2021, com taxa de incidência de 41,6/100 mil

habitantes. No mesmo período, foram registrados 282 óbitos, com coeficiente de mortalidade de 2,5 óbitos/100 mil habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2022a).



Figura 3 – Coeficiente de incidência de tuberculose, Brasil, 2012 a 2022^a

^a Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Fonte: BRASIL, 2023a

Considerando as populações vulneráveis no território nacional, entre 2015 e 2022, observou-se 9.584 casos novos de TB em 2015, atingindo 13.532 casos em 2019 e 11.793 casos em 2022, com quantitativo maior de diagnósticos na PPL, em relação às demais populações em situação de vulnerabilidade. Na PPL, a variação foi de 5.860 casos novos em 2015 para 7.040 casos em 2022 (Figura 4). A redução da PPL em celas físicas durante a pandemia pode ter contribuído para essa variação.

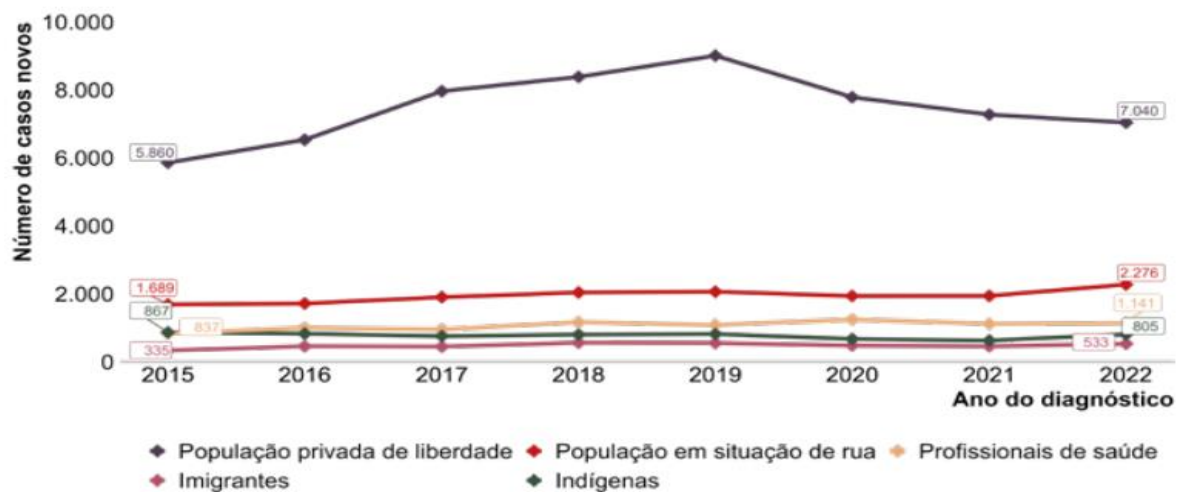


Figura 4 – Casos novos de tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis. Brasil, 2015 a 2022^a

^a Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Fonte: BRASIL, 2023a

A ampliação dos diagnósticos na PPL, entre 2016 e 2019, deu-se pelo importante trabalho que vem sendo desenvolvido na saúde prisional do Estado, incluindo a ampliação das eAPP (DOTTA et al., 2022) e o PEPSSP. A proporção de cura de TB na PPL foi de 76,8% em 2018, 71,6% em 2019, 70,1% em 2020 e 77,9% em 2021 (BRASIL, 2023a). No Brasil, a taxa de incidência da TB na PPL é cerca de 28 vezes maior que na população geral (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019a). No RS, de 2016 a 2019, houve aumento do diagnóstico de TB na PPL, atingindo 879 casos em 2019. Em 2020, também é observado decréscimo dos casos de TB diagnosticados na PPL (Figura 5).

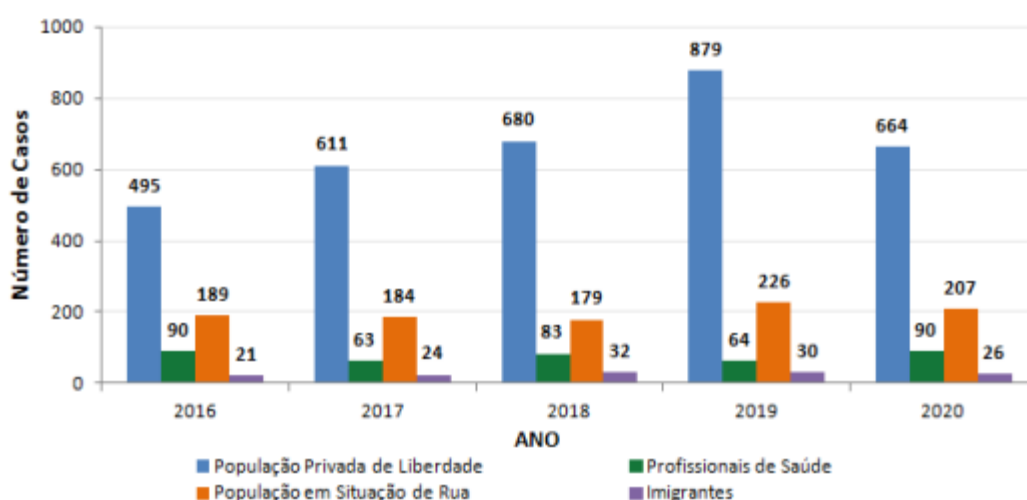


Figura 5 – Casos novos de tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis. RS, 2016 a 2020
Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2022a

O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2019a) e o Protocolo de Enfermagem (BRASIL, 2022a) refere que a TB na PPL está relacionada a transmissão intrainstitucional, e o seu controle segue as recomendações gerais nacionais, acrescidas de orientações específicas para o sistema prisional. O principal objetivo é interromper a cadeia de transmissão com diagnóstico precoce e tratamento oportuno (ALLGAYER et al., 2019; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2022a; ELY, 2018a; ELY et al., 2020; HERCE et al., 2018; MÉNDEZ-SAMPERIO, 2017; RIO GRANDE DO SUL 2022b, VALENÇA et al., 2016), mediante ações e estratégias como:

- Garantia de acesso aos serviços de saúde;
- Detecção de casos por busca passiva – se dá na detecção a partir da demanda espontânea, onde todo o indivíduo que procurar o serviço de saúde, com sintomas, especialmente tosse, deve realizar o rastreamento para diagnóstico;

- Detecção de casos por busca ativa – é a busca por sintomáticos respiratórios no momento do ingresso no sistema prisional (no máximo, até 7 dias) e o rastreamento de massa realizado idealmente duas vezes ao ano, questionando a PPL sobre presença de tosse, tratamento anterior de TB e infecção por HIV;
- Na presença de tosse, encaminhar exame bacteriológico e cultura de escarro, e quando possível, encaminhar também o raio-X de tórax.
- Busca ativa em contatos, a fim de identificar outras pessoas com TB ativa e identificar pessoas infectadas pelo HIV (considera-se contato, todas as pessoas que compartilham a mesma cela);
- Os contatos familiares devem ser orientados a buscar atendimento na rede extramuros.
- Realização de cultura para micobacteria e teste de sensibilidade em todos os sintomáticos respiratórios identificados, além da baciloscopia de escarro ou do teste rápido molecular, quando disponível;
- Início imediato do tratamento em todos os casos confirmados;
- Encaminhamento imediato de todos os casos com resistência identificada para referência terciária;
- Oferta do teste rápido de HIV para todos que foram diagnosticados com TB e, em caso de resultado positivo, a terapia antirretroviral (TARV) deve ser iniciada 8 semanas após o início do tratamento da TB;
- Realização da prova tuberculínica anual nas Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e instituição do tratamento da infecção latente quando indicado, desde que descartada TB ativa;
- Realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) exclusivamente por profissional da saúde;
- Acompanhamento mensal com consulta, aferição do peso, ajuste da dose do medicamento caso necessário e solicitação das baciloscopias de controle;
- Sistema de comunicação ágil entre os serviços de saúde que atendem a PPL, a fim de comunicar as transferências, sem interrupção do tratamento, com primeira consulta na instituição penal até 7 dias após o ingresso;
- Nas transferências, o prontuário de saúde deve acompanhar o paciente;
- A continuidade do tratamento após o livramento deve ser assegurada;

- O reconhecimento do protagonismo da PPL no seu tratamento é relevante ao entendimento e à continuidade do tratamento após o livramento;
- No início do tratamento, deve ser fornecido um encaminhamento para continuidade do tratamento em caso de transferência ou livramento;
- O contato de organizações da sociedade civil poderá facilitar as referências extramuros;
- A instituição penal deverá comunicar o livramento a vigilância epidemiológica do município;
- Nas construções e reformas, considerar medidas para ventilação e iluminação natural;
- Manter medidas de biossegurança;
- Aplicar o isolamento respiratório nos seguintes casos: casos diagnosticados na porta de entrada, resistência suspeita ou confirmada e na falência do tratamento;
- Encaminhar para internação hospitalar nos casos de hemoptise, mal estado geral, presença de comorbidades, grave intolerância e hepatite medicamentosa;
- Avaliação de saúde dos profissionais na admissão, radiografia de tórax e teste tuberculínico anual;
- Registro no SINAN todos os casos de TB, registrando no campo 33 'sim' para PPL, bem como os Boletins de Acompanhamento Mensal;
- Além do SINAN, registrar "em tratamento para TB" no e-SUS e no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN);
- Cada instituição penal deve realizar o monitoramento dos diagnósticos, acompanhamento, TDO e avaliação do tratamento, bem como, manter registros atualizados, principalmente o Livro de Registro de Pacientes e o Livro de Tratamento dos Casos de TB;
- Uma vez confirmado o diagnóstico, o caso de TB deve ser acompanhado até o seu encerramento;
- As instituições com maiores incidências devem ser identificadas para intensificação de ações de controle;
- Nas transferências, os fluxos de informações devem ser efetivos;
- As instituições penais devem ser avaliadas quanto à detecção e ao desfecho dos tratamentos a fim de definir indicadores, metas e estratégias de intervenção;

- Desenvolvimento de estratégias de informação, educação e comunicação para o controle da TB;
- Formação de promotores de saúde, oriundos da PPL;
- A assistência em saúde deve estar integrada à rede de atenção do SUS;
- Manter reuniões periódicas entre profissionais das eAPP ou outras equipes que prestam atendimento à PPL, vigilância em saúde e Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT).

2.1.2 HIV/Aids no sistema prisional

O HIV é um retrovírus causador da Aids, que ataca o sistema imunológico, deixando o organismo suscetível às doenças. Atinge principalmente os linfócitos T CD4⁺. A pessoa infectada pode transmitir o vírus, mesmo sem apresentar sintomas. As principais formas de transmissão são sexo vaginal, anal e oral sem preservativo, compartilhamento de instrumentos perfuro cortantes, transfusão com sangue contaminado, transmissão vertical durante a gravidez, parto ou amamentação (BRASIL, 2023b).

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil (UNAIDS BRASIL, 2022) todos os dias 4 mil pessoas são infectadas pelo HIV, incluindo 1.100 jovens entre 15 e 24 anos. Em 2021, foram 650 mil mortes relacionadas à Aids, o que significa uma morte a cada minuto.

Em 2021, foram diagnosticados no Brasil 40.880 casos novos de HIV, com 35.246 casos de Aids, considerando o 47,9% provenientes do SINAN, 10,6% do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), e 41,5% são registros do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), com taxa de detecção de 21,9/100 mil habitantes. Desde 1980, foram detectados 1.088.536 casos de Aids no Brasil. Neste mesmo ano, 11.238 óbitos registrados no SIM, tiveram Aids como causa básica, refletindo uma taxa de mortalidade de 4,2/100 mil habitantes (BRASIL, 2022b).

Para nortear a tomada de decisão e monitorar as informações referentes ao HIV/Aids são utilizadas as Cascatas de Cuidado, pelas quais é possível analisar avanços e resultados, tais quais as metas 95-95-95 (BRASIL, 2022c). Essas metas foram propostas para 2030, nas quais 95% das PVHA precisam ser diagnosticadas; 95% das PVHA em TARV; e 95% das pessoas em TARV com a carga viral do HIV suprimida (BRASIL, 2022b). A cascata de cuidado do Brasil em 2021 (Figura 6), demonstra que as metas 90-90-90 propostas para 2020 não foram atingidas. As metas 90-90-90 preconizavam 90% das PVHA diagnosticadas, 90%

das PVHA em TARV e 90% das pessoas em TARV com a carga viral indetectável (BRASIL, 2022c).

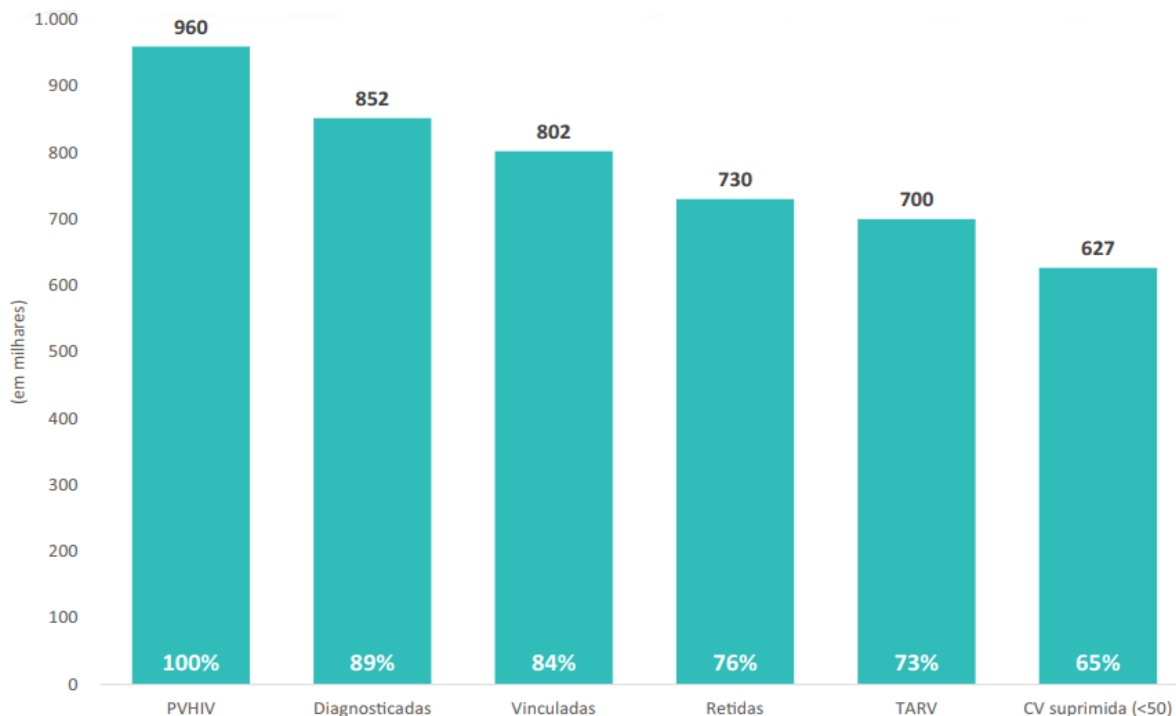


Figura 6 – Cascata de cuidado contínuo do HIV. Brasil, 2021

Fonte: BRASIL, 2022c

O RS, no ano de 2019, detectou 3.405 casos novos de HIV e 3.224 casos de Aids, com taxa de detecção de 28,3/100 mil habitantes, mais que o dobro da taxa de detecção brasileira. Desde 1980 foram registrados 99.616 casos de Aids, com queda de 33,4% na taxa de detecção desde 2013, quando atingiu 42,5/100 mil habitantes. Apesar da queda, o RS apresenta a 3ª taxa mais elevada entre os estados brasileiros, e Porto Alegre é a 1ª capital no ranking nacional com taxa de detecção de 58,5/100 mil habitantes em 2019 (RIO GRANDE DO SUL, 2021b). Na cascata de cuidados, a retenção entre PVHA vinculadas foi de 93%, com 91% das PVHA em TARV e 78% das pessoas em TARV com supressão viral (BRASIL, 2022b).

A PPL é considerada população-chave pela alta vulnerabilidade ao contágio pelo HIV, principalmente, pelas condições de vida, comportamento de risco e exposição no ambiente prisional (MINAYO; RIBEIRO, 2016; MAERRAWI; CARVALHO, 2015). Os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde do Brasil não apresentam informações de contágio pelo HIV, adoecimento ou óbitos por Aids no sistema prisional, pois a ficha de notificação do SINAN não apresenta campo específico para registro da PPL, o que restringe os estudos de base populacional. O INFOPEN no seu relatório de 2017, informa que, em 2015, a incidência

de HIV foi de 2.189,9/100 mil habitantes no sistema prisional brasileiro, o que significa que o contágio pode ter sido 138 vezes maior no período avaliado, quando comparado à população geral. Essa informação é limitada, pois esses dados puderam ser coletados em 52% das instituições prisionais (BRASIL, 2017a). O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), por meio do INFOPEN de julho à dezembro de 2021, traz 9.356 casos de HIV em homens e 889 casos de HIV em mulheres (DEPEN, 2022).

Nas prisões brasileiras foram encontradas prevalências de infecção pelo HIV de quase 6% em prisão masculina e 14% entre mulheres no estado de São Paulo (UNAIDS BRASIL, 2022). A avaliação do SINAN identificou 2.083 casos de Aids na PPL brasileira de 2007 a 2014 (MIRANDA, 2015). Estudos disponíveis identificaram que no Mato Grosso do Sul, foram 1,58% de homens e 1,93% de mulheres soropositivos (SGARBI et al., 2015) e no Amapá 1,54% em ambos os sexos (VALE; CARVALHO; PEREIRA, 2016). Em Pernambuco, foi identificada prevalência de 1.185 casos/100 mil habitantes (ALBUQUERQUE et al., 2014). A estimativa de HIV na gestação é de 3,3% e a transmissão vertical do HIV atinge 6,6% no contexto carcerário (DOMINGUES et al., 2017).

Ademais, as recomendações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das PVHA seguem as mesmas diretrizes da população geral, com manutenção da TARV a fim de manter a carga viral do HIV <50 cópias/ml e evitar adoecimento por doenças oportunistas. PVHA devem ter o atendimento e a continuidade do tratamento priorizados no sistema prisional, mesmo na vigência da pandemia do Covid-19 (BRASIL, 2020; BRASIL, 2022c).

As principais estratégias de controle do HIV no sistema prisional estão pautadas na prevenção combinada, que inclui as abordagens biomédica, estrutural e comportamental (BRASIL, 2022b; UNAIDS BRASIL, 2022). A Mandala da Prevenção Combinada (Figura 7) representa a livre conjugação de ações, considerado as populações envolvidas e o seu contexto.

A abordagem biomédica inclui a testagem rápida na porta de entrada do sistema prisional, o acesso a preservativos e o monitoramento do uso da TARV, com TDO quando possível, a fim de manter a carga viral indetectável e assim evitar a transmissão do vírus, ou seja, I=I (Indetectável = Intransmissível), além da Profilaxia Pós-Exposição – PEP e a Profilaxia Pré-Exposição – PrEP. (BRASIL, 2023c; ELY, 2019; UNAIDS BRASIL, 2022).

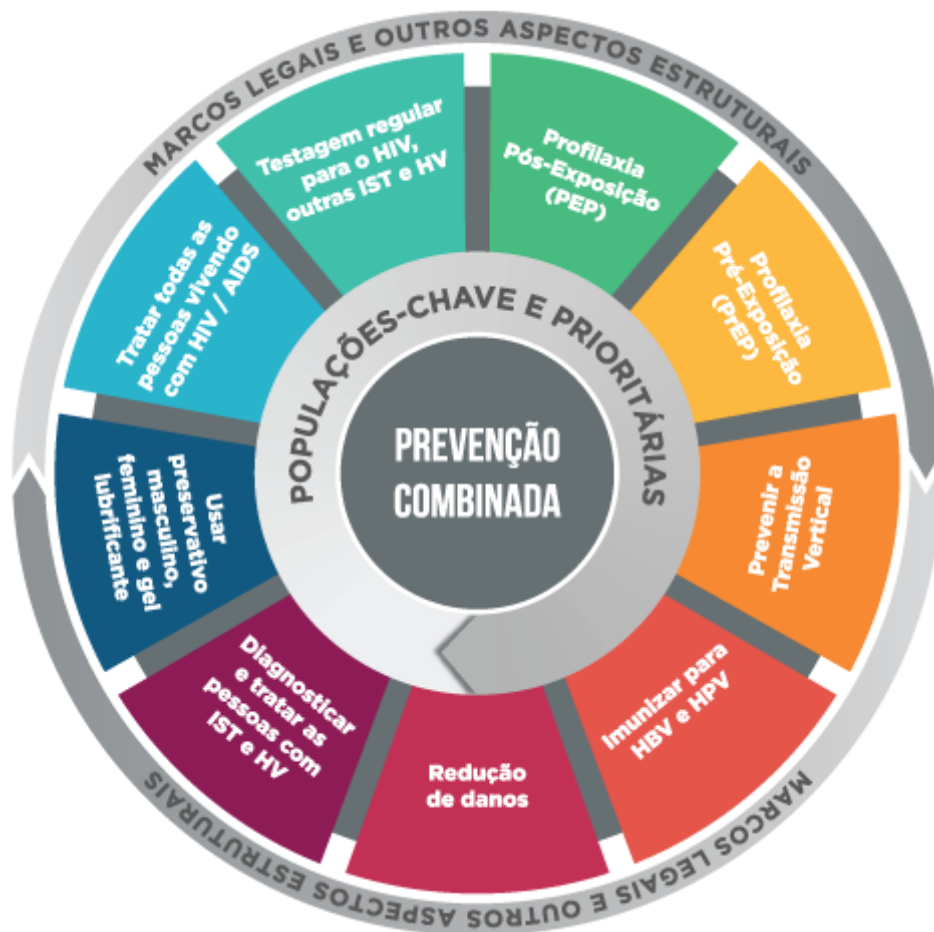


Figura 7 – Prevenção Combinada do HIV utilizada no Brasil, 2022

Fonte: UNAIDS BRASIL, 2022.

A abordagem comportamental está associada às ações de educação em saúde e mudança de comportamento do indivíduo, grupo de indivíduos ou comunidade onde está inserido. São ações que envolvem a conscientização sobre o risco de contágio e disseminação da doença. A abordagem estrutural visa romper os preconceitos, estigmas, discriminação e outras formas de alienação aos direitos humanos (BRASIL, 2023c; UNAIDS BRASIL, 2022).

2.1.3 Coinfecção TB/HIV no sistema prisional

PVHA tem de 21 a 34 vezes mais chances de desenvolver TB ativa quando comparadas à população geral. Uma vez desenvolvida a TB ativa, a coinfecção TB/HIV é a condição que mais impacta na mortalidade por Aids e por TB no país, sendo que as pessoas que fizeram uso de TARV ou que realizaram o TDO apresentaram melhores resultados de desfecho (BRASIL, 2023d; CARVALHO et al., 2021).

A coinfecção TB/HIV vem apresentando redução consistente na proporção de casos novos a partir de 2014, quando foi observado 12,2% (8.548 casos). Em 2020, foram 10,2% (7.038 casos). No RS, a coinfecção representa 16,3% dos casos, caracterizando-se como estado com maior proporção de coinfecção TB/HIV (BRASIL, 2023d).

Na maioria dos casos, as pessoas foram notificadas com HIV em decorrência do diagnóstico de TB, o que evidencia o diagnóstico tardio do HIV. Quanto às características sociodemográficas, a coinfecção é mais prevalente no sexo masculino, na faixa etária entre 30 e 39 anos e pessoas autodeclaradas pretas ou pardas. Considerando as populações vulneráveis, entre os casos novos com coinfecção TB/HIV estão 6,5% de pessoas privadas de liberdade, proporção menor que a PPL com TB soronegativa para HIV, que representou 11,6% no mesmo período (BRASIL, 2023d).

No Brasil, em 2020, 64,2% das pessoas com coinfecção TB/HIV utilizaram TARV, porém 35,8% não iniciaram o tratamento no período oportuno. A partir de 2013, o Ministério da Saúde recomenda o uso de TARV por todas as pessoas soropositivas para HIV, independente da Carga Viral ou do Valor do CD4+. Para que o tratamento seja iniciado de forma oportuna, com vinculação das pessoas, é imprescindível que os profissionais favoreçam o diagnóstico de ambas as doenças nos serviços de saúde (BRASIL, 2023d; CARVALHO et al., 2021).

2.1.4 Sífilis no sistema prisional

A sífilis é uma doença bacteriana exclusiva do ser humano, causada pelo *Treponema pallidum*, com caráter sistêmico e curável. A transmissão ocorre, predominantemente, por via sexual e vertical. A sífilis adquirida comumente é classificada pelas manifestações clínicas apresentadas em decorrência do tempo da aquisição: a sífilis primária é caracterizada por uma úlcera indolor no local de entrada da bactéria, chamada de cancro duro, que pode durar de duas a seis semanas e desaparecer de forma espontânea; na sífilis secundária há erupção

cutâneas como máculas ou pápulas, lesões nas palmas das mãos e plantas dos pés, linfadenopatia, entre outros sintomas; a sífilis latente são longos períodos sem qualquer sinal ou sintoma da doença; e a sífilis terciária, estágio mais grave da doença, pode haver acometimento do sistema nervoso e cardiovascular, com sequelas irreversíveis sem tratamento, inclusive podendo levar a morte (BRASIL, 2022e; 2022f); .

O diagnóstico de sífilis nem sempre é fácil, considerando que, na maioria das vezes, os pacientes estão assintomáticos e desconsideram os sintomas iniciais da doença. A recomendação para testes imunológicos da sífilis mantém a premissa de realização de um teste treponêmico e outro não treponêmico (Figura 8).

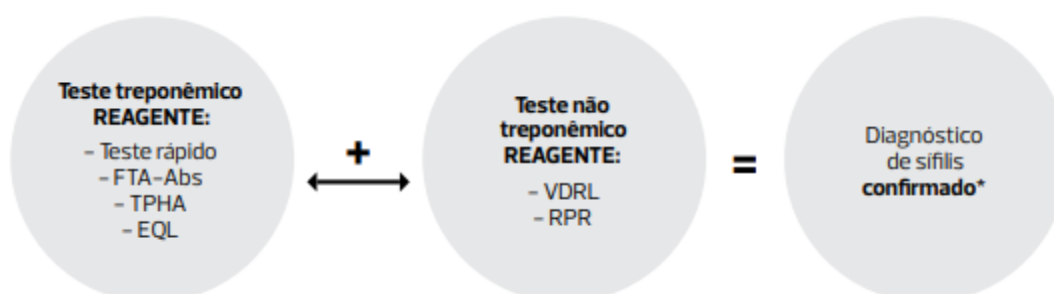


Figura 8 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis

Fonte: BRASIL, 2022e.

O diagnóstico de sífilis deve ser iniciado pelo teste treponêmico, pois é o primeiro a se tornar reagente, considerando o tempo provável da infecção. A cicatriz sorológica também deve ser considerada, quando ocorre persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou não treponêmicos com baixa titulação, mesmo após o tratamento adequado, desde que afastada a possibilidade de reinfecção (BRASIL, 2022e).

Foram estimados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) 376,4 milhões de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) curáveis, entre as quais 6,3 milhões de casos de sífilis, com prevalência estimada de 0,5%. Em 2021, foram notificados 167.523 casos de sífilis adquirida no Brasil, com taxa de detecção de 78,5/100 mil habitantes. A taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 27,1/1000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,9/1000 nascidos vivos e a mortalidade por sífilis congênita foi de 6,5/100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2022f).

A região Sul do país apresenta a maior taxa de detecção de sífilis adquirida nos últimos anos (Figura 9), sendo que o RS ocupa a terceira posição nacional em taxa de detecção de sífilis adquirida, 66% maior que a média nacional, com 130,2 casos/100 mil

habitantes (BRASIL, 2022f). Dados de sífilis adquirida na PPL não são disponibilizados nos boletins epidemiológicos e os artigos científicos sobre o tema são restritos; o foco de ambos são os casos de sífilis em gestante e sífilis congênita. A ficha de notificação de sífilis adquirida do SINAN não conta com campo específico para PPL.

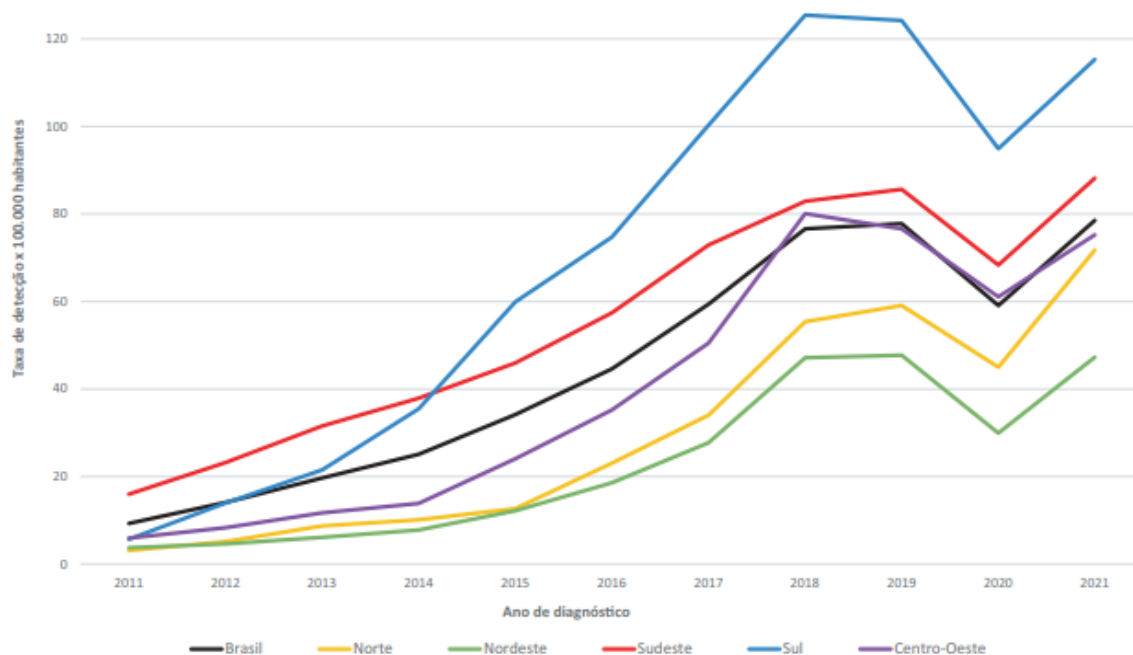


Figura 9 – Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2021

Fonte: BRASIL, 2021

Na literatura científica encontra-se dados como prevalência sífilis adquirida na PPL que variam de 5,3% a 10,5% (CORREA et al., 2017; MACHADO et al., 2019; MAERRAWI; CARVALHO, 2015) na população masculina. Em mulheres privadas de liberdade a prevalência relatada é 2,7 vezes maior que na população masculina, variando de 17% a 28,6% (BATISTA et al., 2020b; CORREA et al., 2017). As altas prevalências de sífilis nas mulheres presas estão associadas a comportamentos de risco como uso de drogas ilícitas, sexo sem preservativo e múltiplos parceiros sexuais (ELY et al., 2018b; GESINK et al., 2014).

A preocupação com a epidemia de sífilis levou a Estratégia Global para Redução de Sífilis 2016-2021 para Assembleia Mundial de Saúde, em 2016, com o objetivo de acelerar o progresso em direção ao fim das epidemias de Aids e IST como problemas de saúde pública nas Américas até 2030. As principais metas são: redução de novas infecções pelo HIV, redução de mortes relacionadas ao HIV e outras IST, eliminação da sífilis congênita e ampliação da cobertura de imunização contra o papilomavírus humano (HPV) (BRASIL, 2022f). No Brasil, busca-se uma ‘Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção’, com a

campanha ‘Sífilis Não’ que tem como objetivos a eliminação da sífilis congênita e a redução da sífilis adquirida e da sífilis em gestante (BRASIL, 2021). As estratégias governamentais para redução da sífilis no Brasil, estão pautadas em 6 eixos (Figura 10).

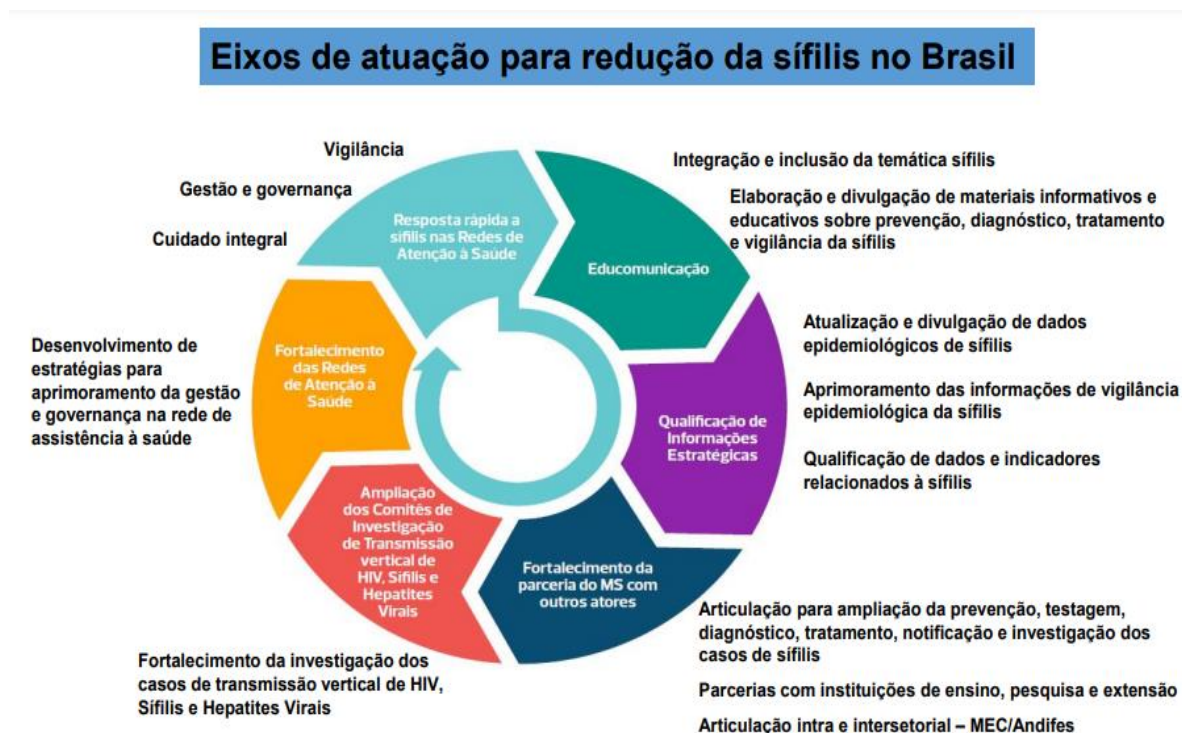


Figura 10 – Estratégias para redução da sífilis no Brasil

Fonte: BRASIL, 2021

2.1.5 Hepatite B no sistema prisional

A Hepatite B é uma doença viral, de alta transmissibilidade e impacto em saúde pública, pois é uma das principais causas de transplantes hepáticos no mundo. A doença tem evolução silenciosa e os sintomas manifestam-se em fases avançadas. Uma característica da doença é que ela não precisa passar pelo estágio de cirrose hepática para evoluir para o hepatocarcinoma (BRASIL, 2017b). A PPL também é considerada população chave para o controle das hepatites virais pela OMS, pois fatores sociais, legais e estruturais aumentam a vulnerabilidade para o contágio (WHO, 2022).

Estima-se 240 milhões de pessoas infectadas e 780 mil óbitos por ano no mundo (BRASIL, 2017b). No Brasil, entre 2000 e 2021, foram notificados 264.640 casos de hepatite B, concentrados na região Sudeste (34,2%) e Sul (31,5%), com taxa de detecção de 6,7/100 mil em 2019, uma redução de 20,7% em relação à 2011 (BRASIL, 2022g). A taxa de

detecção de hepatite B no RS e em Porto Alegre está muito acima da taxa brasileira (Figura 11).

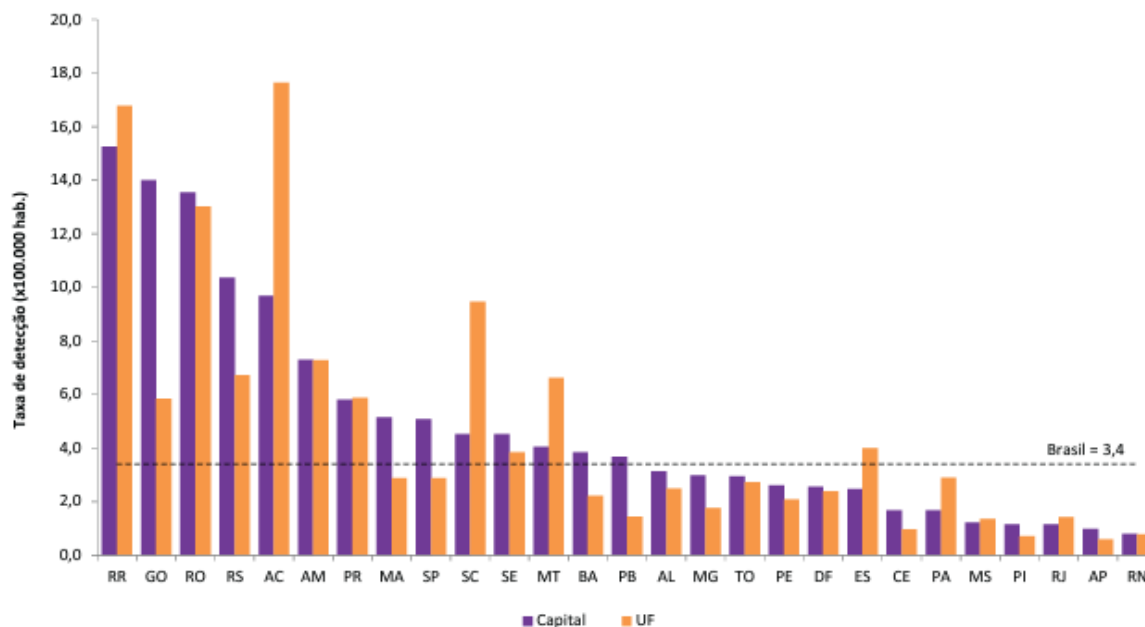


Figura 11 – Taxa de detecção de hepatite B (por 100 mil habitantes), segundo UF e capital de residência, Brasil, 2021

Fonte: BRASIL, 2022g

No RS, a maior taxa de detecção está concentrada nas regiões norte e nordeste do estado e na faixa etária acima de 40 anos, que pode estar relacionada à menor cobertura vacinal nessa faixa etária (RIO GRANDE DO SUL, 2021c). A hepatite B é a segunda causa de óbito entre as hepatites virais, sendo a maior parte na região Sudeste (40,6% dos óbitos por causa básica). Considerando o sexo dos doentes no Brasil, a mortalidade foi de 0,3/100 mil habitantes nos homens e 0,1/100 mil nas mulheres (BRASIL, 2022g).

Apesar da Ficha de Investigação de Hepatites Virais do SINAN apresentar o campo 35 ‘Insitucionalizado em’ opção 5 ‘Penitenciária’, os Boletins Epidemiológicos não apresentam dados referentes à PPL. Estudos brasileiros apresentam prevalências variadas: 5,3% no Estado de São Paulo (MAERRAWI; CARVALHO, 2015); 3,6/100 mil habitantes em penitenciária masculina de Ribeirão Preto/SP (COELHO, 2008); 0,01/100 mil habitantes em mulheres privadas de liberdade na região metropolitana de Goiás (PESSONI, 2010); 0,5% no estado do Piauí (SILVA et al., 2017); 1,3% no interior do Rio Grande do Sul (FINKLER, 2016) e 1,7% em Alagoas (LOPES et al., 2019). No RS, identificou-se 86% de suscetibilidade ao vírus da hepatite B; 1,1% na fase aguda da doença, 1,4% em fase crônica, 5,7% forma infectados e não desenvolveram a doença e 2,2% em janela imunológica (MACHADO et al., 2019). No Piauí

17,7% da PPL pesquisada tem esquema de vacinação contra a hepatite B completo (SILVA et al., 2017).

A principal estratégia de controle da hepatite B no sistema prisional é a vacinação, com esquema completo para toda PPL, uso de preservativo em todas as relações sexuais e evitar o compartilhamento de objetos perfuro cortantes e material de higiene pessoal, como escovas de dente, alicates de unha e lâminas de barbear e depilar (BRASIL, 2017b).

2.1.6 Hepatite C no sistema prisional

A hepatite C é uma doença viral transmitida, principalmente, pela via parenteral, podendo ser transmitida por via sexual e vertical com menor frequência. Pessoas maiores de 40 anos, submetidas à hemodiálise, PPL, usuários de drogas e PVHA estão mais vulneráveis ao contágio pelo vírus da hepatite C (RIO GRANDE DO SUL, 2021c). O tratamento requer um sistema de saúde de alta complexidade (QUEIROZ; COURAS; CABRAL, 2021).

Estima-se que 71 milhões de pessoas com infecção crônica da doença no mundo, das quais 27 milhões conhecem seu diagnóstico (QUEIROZ; COURAS; CABRAL, 2021). São 1,5 milhão de novas infecções ao ano e 290 mil mortes em decorrência da hepatite C, principalmente por câncer hepatocelular. Não há vacina eficaz e medicamentos podem curar 95% dos casos (BRASIL, 2019b; WHO, 2017).

No Brasil, em 2021, a taxa de detecção foi de 5,2/100 mil habitantes, sendo que a maior taxa foi observada na região sul do país, com 11,7/100 mil habitantes (BRASIL, 2022g). O RS e sua capital, Porto Alegre, ocupam a primeira posição do país em taxa de detecção, sendo que em Porto Alegre essa taxa é quase 10 vezes maior que a taxa nacional (Figura 12).

No RS, as maiores taxas de detecção de hepatite C estão concentrados nas regiões sul e metropolitana do estado e em pessoas de 40 a 69 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2021c). A mortalidade por hepatite C no país foi de 0,5/100 mil no país, sendo 55,8% registrados na região Sudeste e 23,8% na região Sul do Brasil (BRASIL, 2022g).

Da mesma forma que acontece com a hepatite B, as informações referentes à PPL não constam nos Boletins Epidemiológicos. Estudos direcionados à PPL encontraram prevalências distintas: 9,7% no interior do Rio Grande do Sul (ROSA et al., 2012); 8,3% em Santa Cruz do Sul (MACHADO et al., 2019); 2,4% em estudo multicêntrico envolvendo prisões brasileiras (PUGA et al., 2017); 13,6% em São Paulo (MAGRI et al., 2015).

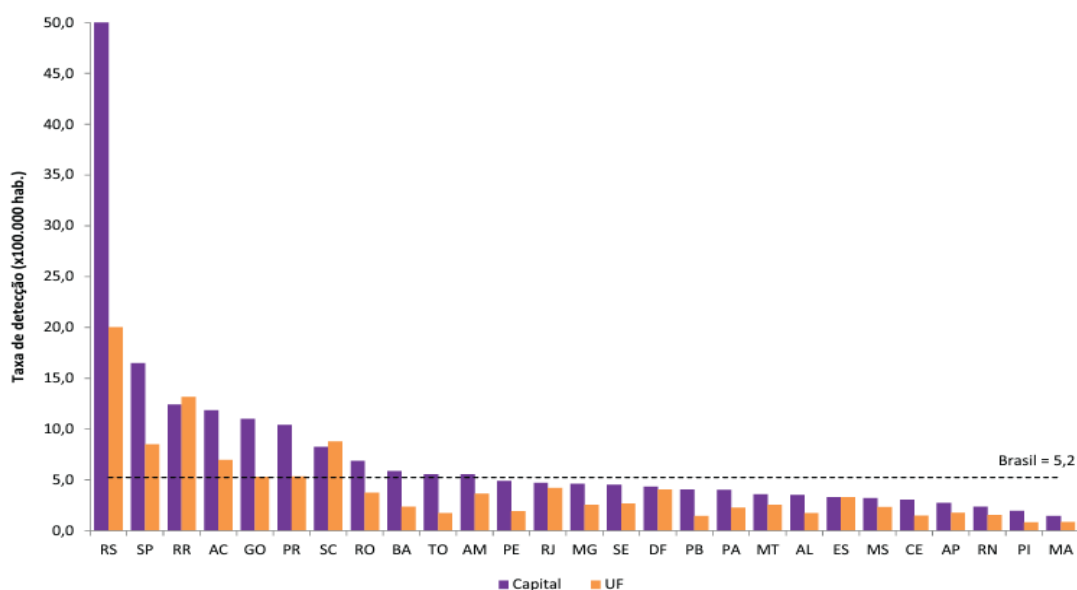


Figura 12 – Taxa de detecção de hepatite C (por 100 mil habitantes), segundo UF e capital de residência, Brasil, 2021

Fonte: BRASIL, 2022g

Hepatites B e C têm cura e acabar com essas epidemias até 2030 estão incluídas nas metas para os ODS. Para WHO (2022) será necessário priorizar a prevenção, por meio de estratégias de redução de danos, distribuição de preservativos e lubrificantes, ações de educação em saúde e abordagem ao *chemsex*, ou seja, combinação de drogas e sexo. Ações de diagnóstico e o tratamento dessas infecções em populações-chave, incluem metas de redução de novas infecções por vírus hepatotrópicos em 90% e redução da mortalidade em 65% (WHO, 2022).

No Brasil, o Plano para Eliminação da Hepatite C tem como objetivos ampliar o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento, envolvendo as três esferas de governo para o alcance das metas (BRASIL, 2018a). Para atingir esse objetivo recomenda-se ampla triagem, seguida de testagem confirmatória, exames para identificar doenças hepáticas e avaliação do coinfeção com HIV. O tratamento não deve ser retardado e os medicamentos devem ser específicos ao genótipo. Para que esse plano de microeliminação da Hepatite C tenha sucesso são necessárias ações coordenadas entre os órgãos responsáveis pela promoção da saúde e o comprometimento das instituições públicas de saúde, por meio de campanhas educativas, facilidade de diagnóstico e tratamento adequado (QUEIROZ; COURAS; CABRAL, 2021).

2.2. Educação Permanente em Saúde (EPS): problematização para promover significado no cotidiano

Paulo Freire (1970; 1983; 2000) propôs, em suas diversas obras uma pedagogia trans(formadora), libertária e que trouxesse autonomia aos educandos; que partisse do pressuposto que todos tem algo a ensinar e que a troca de conhecimento e o pensamento crítico, sem opressão, formaria sujeitos e cidadãos. Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem para o campo da saúde o conceito de educação permanente, pautada na aprendizagem significativa, nas vivências do cotidiano de trabalho e na solução de problemas de forma coletiva, além da interlocução entre ‘ensino – serviço – gestão – controle social’.

O conceito de EPS surgiu na América Latina e, inseriu-se, posteriormente, no Brasil, na década de 80, pautado na construção de um novo referencial pedagógico, que incluísse um compromisso com valores políticos, éticos e sociais, além do desenvolvimento de habilidades técnicas voltadas ao processo produtivo (LEMOS, 2016). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em 2004, com o objetivo de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2018b, p. 14).

A EPS visa fortalecer as práticas em atenção primária e o fortalecimento do SUS, considerando a articulação entre as esferas de gestão, as instituições de ensino, o serviço e a comunidade (FORTUNA et al., 2013). A EPS diferencia-se da Educação Continuada, pois seus objetivos vão além da transmissão de conhecimento técnico-científico, que se apresentam insuficientes às demandas crescentes de saúde, principalmente na atenção primária (CECCIM; FERWERKER, 2004). Porém, os dois conceitos são facilmente confundidos. Muitos profissionais conhecem a teoria e entendem a EPS como processo de reflexão crítica sobre o cotidiano de trabalho e transformação de práticas, por meio de proposições de soluções conjuntas para os problemas encontrados. No entanto, revisão integrativa da literatura mostra artigos que apresentam confusão conceitual entre EPS e Educação Continuada com perpetuação de ações focadas na Educação Continuada, principalmente na ênfase em ações técnicas e de atualização do saber (FERREIRA et al., 2019). A confusão conceitual também ocorre com gestores que entendem a EPS como oferta

de cursos e treinamentos específicos aos trabalhadores de saúde (LIMA et al, 2014; MISCHIMA et al, 2015). No mesmo estudo de Ferreira et al (2019) foram encontrados iniciativas de EPS relacionadas “a recursos tecnológicos, como educação a distância e Telessaúde; as aproximações entre ensino e serviço, como o Pro e Pet-Saúde; e as relacionadas com o cotidiano do trabalho, como as rodas de conversa e reuniões de equipe” (p. 231), sendo que as atividades de Telessaúde são as mais realizadas.

Considerando os aspectos de construção do conhecimento a partir do debate e trocas de experiências, as práticas de EPS devem estar embasadas em metodologias ativas de aprendizagem, nos avanços científicos e tecnológicos (SCHWEICKARDT et al, 2015; CECCIM, 2015). A integração ensino-serviço propõe aprimoramento profissional por meio da construção coletiva do conhecimento se constituem importantes iniciativas para consolidação da EPS (CECCIM; FERWERKER, 2004). Espaços coletivos, como as rodas de EPS, propiciam interação entre diversos atores para reflexão sobre as práticas do cotidiano, favorecendo a elaboração de propostas, projetos, tarefas e ações que consideram o contexto no qual estão inseridos e fortalecem a autonomia e o protagonismo (COSTA et al., 2015).

No contexto da saúde prisional, a PNAISP considera competência dos municípios e Distrito Federal, as estratégias de capacitação e educação permanente das eAPP para “gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações na esfera municipal e/ou das regionais de saúde” com especial atenção aos SIS (BRASIL, 2014a, Art. 17, VIII). Assim, a EPS pode ser uma relevante ferramenta educativa para produzir mudança nas práticas assistenciais, onde o fazer é posto sob análise e intervenção. A problematização junto aos trabalhadores permite reflexões sobre as ações e fortalece o trabalho em equipe, impactando positivamente nos indicadores de saúde (CECCIM, 2005; FABRINI et al., 2018; FEUERWERKER, 2014).

2.3 Tecnologias em saúde: dispositivos para o cuidar

O uso da tecnologia é necessário para construção do conhecimento e tem por objetivo facilitar a realização de um trabalho, viabilizando o entendimento e aplicação de uma ação. “A tecnologia envolve conhecimento técnico e científico, e a aplicação deste conhecimento através de sua transformação no uso de ferramentas, processos e instrumentos criados e/ou utilizados a partir deste conhecimento” (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016, p. 12).

As tecnologias em saúde podem ser duras, leve-duras ou leves. As tecnologias duras são os equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais. As tecnologias leve-

duras são os saberes estruturados presentes no contexto da saúde como a pediatria, psiquiatria, epidemiologia e saúde coletiva. As tecnologias leves são aquelas que se dão na relação entre as pessoas, como acolhimento, produção de vínculo e autonomia (MERHY, 2002). As tecnologias em saúde podem ser utilizadas para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, além de promover reabilitação (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016).

As tecnologias em saúde que compõem o SUS são avaliadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), órgão assessor do Ministério da Saúde, a fim de recomendar a sua incorporação, exclusão ou alteração. Para incorporação de novas tecnologias, são de grande relevância informações sobre efetividade, segurança e custo efetividade (PEREIRA; SALOMON; SOUZA, 2015). A PNEPS estimula a utilização de tecnologias e novas formas de produção de saúde (BRASIL, 2018b).

Dentre as tecnologias mais utilizadas pelas pessoas no mundo todo estão os *smartphones*, com o desenvolvimento crescente de novas funcionalidades, novas formas de interação e inter-relações sociais, denominadas Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). O campo da saúde tornou-se um dos setores mais atingidos pelo uso das TIC e seu reconhecimento pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS) deu origem ao conceito *mHealth* (mobile health), que se constitui de práticas médicas e de saúde pública auxiliadas por aparelhos portáteis, como celulares e assistentes pessoais digitais (BEZERRA et al., 2020; SILVA et al., 2018).

App móveis tornaram-se importantes ferramentas de *mHealth*, permitindo suporte remoto aos pacientes, apoio ao autocuidado em saúde, à promoção e ao controle de doenças (TIBES; DIAS; ZAN-MASCARENHAS, 2014). Para os profissionais da saúde, torna-se possível acessar os SIS em qualquer hora ou lugar, bem como, obter conhecimento necessário à prestação do cuidado (MARIN, 2010). O uso continuado de App permite o armazenamento de dados populacionais, mensuração de indicadores e estudos epidemiológicos (LIMA; CHIANCA; TANNURE, 2015).

2.4 Interdisciplinaridade: um mundo de possibilidades e conectividade de núcleos profissionais.

Pensando na origem da palavra interdisciplinaridade, esta pode ser definida da seguinte forma: o prefixo *inter-* significa “posição ou ação intermediária, reciprocidade, interação”; a palavra *disciplina* se caracteriza como “ordem, respeito, organização, ordenamento e, ainda,

alguém que tem foco, se concentra em algo”; e o sufixo *-dade* “guarda a propriedade de substantivar alguns adjetivos, atribuindo-lhes o sentido de ação ou resultado de ação, qualidade, estado ou, ainda, modo de ser” (ASSUMPÇÃO, 2011, p. 23).

Para Fazenda, Tavares e Godoy (2018), a pesquisa interdisciplinar pode ser profissional, científica, prática ou metodológica. A interdisciplinaridade profissional se refere a soma e interação de competências de variadas profissões e núcleos profissionais. A interdisciplinaridade científica propõe uma releitura conceitual a velhos livros e anotações, de forma a considerá-los provisórios e inacabados, mas não superados ou descartáveis. A interdisciplinaridade prática se dá na pesquisa da complexidade do cotidiano e interdisciplinaridade metodológica extrapola os muros da academia, invadindo um mundo de infinitas possibilidades.

Esta pesquisa foi desenvolvida de forma interdisciplinar e intersetorial, considerando interlocuções no âmbito da universidade, entre diversos profissionais da saúde, entre os campos da saúde e da educação e entre os atores que compõem o quadrilátero da EPS. Assim, considera-se a parceria firmada entre a UNISC com a Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) e a Secretaria de Justiça e dos Sistemas Penal e Socioeducativo (SJSPS/RS) de grande êxito e da qual se espera que possam resultar outros projetos. Os profissionais da saúde envolvidos nas atividades incluem médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e assistentes sociais vinculados à SUSEPE e aos serviços de saúde que prestam atendimento à PPL. Além dos profissionais assistenciais, o PEPSSP incluiu os profissionais da segurança, gestores, Instituições de Ensino Superior e o controle social.

Internamente, o projeto contou com a participação de integrantes do Núcleo de Pesquisa com foco no sistema prisional (NUPESISIP), que inclui docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) da UNISC, além de acadêmicos de cursos da medicina, farmácia, enfermagem e biologia. Para o desenvolvimento do App, houve participação de acadêmicos do curso de Engenharia e Ciências da Computação, orientado por seus professores.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Contribuir para a gestão da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- a) Desenvolver um programa de EPS com/para os trabalhadores do Sistema Prisional;
- b) Identificar, por meio de rodas de conversa virtuais, os desafios encontrados no cotidiano de trabalho e discutir propostas de intervenção com os atores do sistema prisional no período pandêmico, na perspectiva da EPS;
- c) Apresentar resultados de intervenção realizada com profissionais do sistema prisional do RS, por meio da EPS, com foco na TB;
- d) Realizar revisão sistemática da literatura a fim de identificar tecnologias relacionadas ao cuidado em saúde no sistema prisional;
- e) Construir e utilizar indicadores de saúde prisional para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas eAPP, utilizando o Painel de Bordo;
- f) Fomentar a integração entre assistência, ensino, gestão e controle social;
- g) Integrar as eAPP na rede de saúde municipal e estadual;
- h) Desenvolver e avaliar um App para *smartphone* com informações referentes à TB, sífilis, HIV e hepatite B e C, incluindo o Painel de Bordo interativo com os indicadores e metas específicas para saúde prisional.

CAPÍTULO II
ARTIGOS e MANUSCRITOS

1 MANUSCRITO I – EFEITOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTRATÉGIAS DIRECIONADAS A CURA DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL

Revista: *Global Health Promotion*

ISSN: 1757-9767

Fator de impacto: 2.066

Autores: Karine Zenatti Ely, Victor Gottems Vendrúsculo, Isabela Frighetto, Maria de Lourdes Draschler, Carla Jarzewski, Renata Dotta, Andréia Rosane de Moura Valim, Lia Gonçalves Possuelo.

Artigo de Pesquisa

RESUMO

Objetivo: Identificar os efeitos das políticas públicas e estratégias direcionadas sobre a cura da tuberculose (TB) no sistema prisional. **Materiais e Métodos:** A pesquisa consiste em um estudo descritivo transversal observacional retrospectivo, utilizando dados de notificação de TB no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). O efeito das variáveis individuais e das políticas e estratégias sobre a cura da TB no sistema prisional foram analisados por regressão logística multivariada considerando valores significativos para $p < 0,005$ e intervalo de confiança 95%. **Resultados:** Foram notificados 3.415 casos de TB na população privada de liberdade (PPL) do Rio Grande do Sul no período de 2018 a 2020. As equipes de atenção primária prisional (eAPP) foram a fonte notificadora em 1.587 (47,8%) casos considerados para análise. Foram associados à não cura da TB: notificações por outras equipes de saúde (OR = 1,48; IC95% = 1,25-1,75); entradas por transferências (OR = 1,83; IC95% = 1,39-2,41) e reingresso pós abandono (OR = 1,46; IC95% = 1,12-1,89); diagnósticos por cultura de escarro (OR = 1,45; IC95% = 1,02-2,07), Teste Rápido Molecular (TRM) (OR = 1,57; IC95% = 1,31-1,89), histopatologia (OR = 1,36; IC95% = 1,06-1,75) e clínico epidemiológico (OR = 2,24; IC95% = 1,47-3,41); tratamento auto administrado (OR = 1,98; IC95% = 1,63-2,41); e viver com HIV/Aids (OR = 1,57; IC95% = 1,24-1,98). **Conclusões:** O efeito das políticas públicas e estratégias direcionadas para a cura da TB se sobrepõem à dimensão individual na PPL do Rio Grande do Sul.

Palavras chave: Políticas Públicas de Saúde; Prisioneiros; *Mycobacterium tuberculosis*.

2 ARTIGO II - A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS ATORES DO SISTEMA PRISIONAL NO CENÁRIO PANDÊMICO

Trab. Educ. Saúde | e-ISSN: 1981-7746 | <http://www.tes.epsjv.fiocruz.br>



Trabalho, Educação e Saúde

A Educação Permanente em Saúde e os atores do sistema prisional no cenário pandêmico

Permanent Education in Health and prison system actors in the pandemic scenario

La Educación Permanente en Salud y los actores del sistema penitenciario en el escenario pandémico

Karine Zenatti Ely¹ Pauline Schwarzbold² Gabriela Zenatti Ely³
Victor Göttems Vendrusculo⁴ Renata Maria Dotta⁵
Lutiana Ricaldi da Rosa⁶ Suzane Beatriz Frantz Krug⁷
Andréia Rosane de Moura Valim⁸ Lia Gonçalves Possuelo⁹

Resumo

A Educação Permanente em Saúde legitimou a educação na saúde com base na aprendizagem significativa, em vivências no cotidiano de trabalho e na solução de problemas de forma coletiva, além de estar pautada no Quadrilátero Ensino-Gestão-Atenção-Control Social. A pandemia da Covid-19 exigiu novas formas de fazer saúde e educação, principalmente no sistema prisional, onde a superlotação é um impeditivo ao isolamento social. Este estudo teve como objetivo identificar, por meio de rodas de conversa virtuais, os desafios encontrados no cotidiano de trabalho e discutir propostas de intervenção com os atores do sistema prisional no período pandêmico, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Foi utilizada abordagem qualitativa de investigação com caráter descritivo, interpretativo e compreensivo de análise do fenômeno social, por meio da análise de conteúdo temático de Minayo. Da análise temática de conteúdo emergiram quatro categorias: desafios da assistência em saúde no sistema prisional no contexto da pandemia da Covid-19; desafios para a gestão da saúde nos estabelecimentos prisionais; interlocução entre instituições de ensino e sistema prisional; e o controle social e a representação familiar. As rodas de conversa virtuais propiciaram discussões aprofundadas e construções coletivas, propondo encaminhamentos pautados no Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chave educação em saúde; Covid-19; prisões; pesquisa qualitativa.

Como citar: ELY, Karine Z. *et al.* A Educação Permanente em Saúde e os atores do sistema prisional no cenário pandêmico. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e01224207. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1224>

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1224>

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, Brasil. karine-ely@saude.rs.gov.br

² Superintendência dos Serviços Penitenciários, Santa Cruz do Sul, Brasil. pauline.schwarzbold@gmail.com

³ Secretaria Municipal da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ibirubá, Brasil. gabil_ely@yahoo.com.br

⁴ Universidade de Santa Cruz do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Ciências da Vida, Santa Cruz do Sul, Brasil. vendrusculogv@gmail.com

⁵ Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Atenção Primária e Políticas Públicas, Porto Alegre, Brasil. renatam.dotta@gmail.com

⁶ Superintendência dos Serviços Penitenciários, Escola do Serviço Penitenciário, Porto Alegre, Brasil. ltr.rosa@gmail.com

⁷ Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, Brasil. krug@unisc.br

⁸ Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, Brasil. avalim@unisc.br

⁹ Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, Brasil. liapossuelo@unisc.br

Recebido: 15/08/2022
Aprovado: 05/12/2022



Abstract

Permanent Education in Health legitimized health education based on meaningful learning, experiences in daily work and collective problem solving, in addition to being based on the four-way approach, based on teaching, management, attention and social control. The COVID-19 pandemic has required new ways of doing health and education, especially in the prison system, where overcrowding is an impediment to social isolation. This study aimed to identify, through virtual conversation circles, the challenges encountered in daily work and discuss proposals for intervention with the actors of the prison system in the pandemic period, from the perspective of Permanent Education in Health. It was used a qualitative research approach with descriptive, interpretative and comprehensive analysis of the social phenomenon, through Minayo's thematic analysis of content. From the thematic analysis of content, four categories emerged: challenges of health care in the prison system in the context of the COVID-19 pandemic; challenges for health management in prisons; dialogue between educational institutions and the prison system; and social control and family representation. The virtual conversation rounds provided in-depth discussions and collective constructions, proposing referrals based on the four-way approach of Permanent Education in Health.

Keywords education in health; Covid-19; prisons; qualitative research.

Resumen

La Educación Permanente en Salud legitimó la educación en salud basada en el aprendizaje significativo, en experiencias en el cotidiano de trabajo y en la resolución colectiva de problemas, además de basarse en el Cuadrilátero Enseñanza-Gestión-Atención-Control Social. La pandemia del Covid-19 requirió nuevas formas de hacer salud y educación, especialmente en el sistema penitenciario, donde el amontonamiento es un impedimento para el aislamiento social. Este estudio tuvo como objetivo identificar, a través de círculos de conversación virtuales, los desafíos encontrados en el trabajo diario y discutir propuestas de intervención con los actores del sistema penitenciario en el período pandémico, en la perspectiva de la Educación Permanente en Salud. Se utilizó un enfoque de investigación cualitativo con un análisis descriptivo, interpretativo y comprensivo del análisis del fenómeno social, a través del análisis de contenido temático de Minayo. Del análisis temático de contenido surgieron cuatro categorías: desafíos de la atención en salud en el sistema penitenciario en el contexto de la pandemia de la Covid-19; desafíos para la gestión de la salud en las cárceles; diálogo entre las instituciones educativas y el sistema penitenciario; y el control social y la representación familiar. Los círculos de conversación virtuales proporcionaron discusiones profundas y construcciones colectivas, proponiendo encaminamientos basados en el Cuadrilátero de la Educación Permanente en Salud.

Palabras clave educación para la salud; Covid-19; prisiones; investigación cualitativa.

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) configura-se como Política Pública de Saúde no Brasil que, a partir de 2004, legitimou a educação na saúde com base na aprendizagem significativa, em vivências no cotidiano de trabalho e na solução de problemas de forma coletiva. A EPS está alicerçada no Quadrilátero Ensino-Gestão-Atenção-Control Social e é uma estratégia de intervenção pertinente à formação e desenvolvimento de trabalhadores nas diversas áreas do campo da saúde, potencializando a transformação de práticas (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Brasil, 2018; Silva e Scherer, 2020). Pensar a EPS no sistema prisional no cenário pandêmico representou um desafio de grandes proporções.

O sistema prisional brasileiro apresenta problemas estruturais que repercutem de forma direta nas questões de saúde, como superlotação, elevada incidência de doenças infectocontagiosas e ambientes altamente insalubres. Como parte da solução, foi instituída, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem como principal estratégia a habilitação de Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) nas instituições penais. Essas eAPP são responsáveis pela integralidade das ações de saúde em nível primário, incluindo assistência curativa, prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde e reabilitação (Brasil, 2022). A PNAISP é uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) alinhada a outras políticas públicas, como a

Política de Educação Permanente em Saúde e as Rodas de Conversa Virtuais (RCV), que se constituem como ação educativa nos cenários de prática (Pinheiro, 2020).

A PNAISP representa importantes avanços para a saúde da População Privada de Liberdade (PPL), pois além do cuidado integral e da inserção na Rede de Atenção à Saúde (RAS), ela também prevê o cuidado de todas as pessoas custodiadas pelo Estado, incluindo presos provisórios, presos dos regimes aberto e semiaberto e trabalhadores dos estabelecimentos prisionais. Nesse contexto, a EPS tem papel fundamental na gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação para efetivação da PNAISP nos territórios (Brasil, 2022).

O Estado do Rio Grande do Sul (RS) possui mais de 40 mil pessoas privadas de liberdade e 45 eAPP em unidades prisionais de regime fechado, que representam uma cobertura de 54,5% da PPL, correspondendo a 17.384 custodiados de um total de 31.933 pessoas da PPL em regime fechado (Rio Grande do Sul, 2021). O preconceito contra a PPL também é percebido com as eAPP, que, pelas especificidades que representam em termos de saúde coletiva, raramente são incluídas nas atividades de capacitação dos programas e políticas de saúde ou da RAS, ou são planejadas atividades específicas, como reuniões e treinamentos, no âmbito municipal, regional ou estadual, ficando restritas a atividades pontuais. As condições de trabalho muitas vezes são precárias, principalmente no que se refere à falta de profissionais e à ausência de formações específicas que incluam os profissionais da segurança, que são peças fundamentais para o sucesso das ações em saúde no sistema prisional.

A pandemia da Covid-19 colocou a PPL e os trabalhadores das instituições penais em situação de extrema vulnerabilidade. As condições precárias de vida e insalubridade somaram-se à impossibilidade de adesão ao distanciamento social devido à superlotação. As instituições penais configuraram-se como locais ideais para infecção e adoecimento pela Covid-19 (Ely et al., 2020).

Para o enfrentamento dessa situação, a Universidade de Santa Cruz do Sul, em parceria com as Secretarias Estaduais da Saúde e da Administração Penitenciária do RS, iniciou em 2018 ações de ensino-aprendizagem visando capacitar, valorizar, empoderar e dar voz aos trabalhadores do sistema prisional, por meio de construções coletivas, em que todos podem aprender e ensinar, pois “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (Freire, 1998, p. 12). Em 2021, foi criado o Programa de Educação Permanente em Saúde – Saúde Prisional (PEPSSP), baseado nos pressupostos de educação emancipatória (Freire, 1998; 2002) e da Educação Permanente em Saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005), que ampliou a participação daqueles que vivem a experiência do sistema prisional, incluindo a PPL, por meio de seus representantes no controle social. O PEPSSP inclui *lives* abertas ao público, disponibilizadas no YouTube, RCV dialógicas pautadas nos desafios do cotidiano de trabalho, competição virtual e congressos.

O objetivo deste estudo é identificar os desafios do cotidiano de trabalho e as propostas de intervenção construídas pelos atores do sistema prisional durante as RCV, no período pandêmico, na perspectiva da EPS.

Método

Este estudo do PEPSSP tem abordagem qualitativa de investigação com caráter descritivo, interpretativo e compreensivo das RCV, que valoriza o papel dos sujeitos na construção social da realidade, reconhecendo a subjetividade inerente à produção do conhecimento e os seus significados (Cook e Reichardt, 2000).

Os participantes institucionais foram o Departamento de Atenção Primária e Política de Saúde e o Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde, a Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe) da Secretaria de Justiça, Sistema Penal e Socioeducativo do Rio Grande do Sul e o Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, selecionados por interesse.

Os sujeitos participantes foram aqueles inscritos no PEPSSP por adesão no ano de 2021, incluindo profissionais da saúde, profissionais do sistema prisional, gestores do sistema prisional e da saúde, docentes e discentes de instituições de ensino superior (IES) e os membros do controle social, convidados por *e-mail*, a participar da RCV da sua macrorregião de saúde. Eles foram identificados conforme as categorias: A (Atenção), para trabalhadores de assistência em saúde e profissionais da segurança; G (Gestão); E (Ensino), para estudantes e docentes; e CS (Controle Social). Após a letra de identificação, foi acrescentado um número cardinal sequencial.

Os encontros foram planejados por construção participativa, com os interessados informando o tempo que disponibilizariam ao PEPSSP (1 hora e 30 minutos), o turno e o dia da semana mais adequados (terças-feiras à noite). As RCV ocorreram de agosto a dezembro de 2021, conforme cronograma estabelecido, em um total de sete, uma por Macrorregião de Saúde do Estado: Vales, Metropolitana, Sul, Centro-Oeste, Missioneira, Norte e Serra (Figura 1).

Figura 1 – Macrorregiões do Estado do Rio Grande do Sul.



Fonte: Rio Grande do Sul (2020).

As RCV foram realizadas por meio do Google Meet™, facilitadas por autores deste estudo, iniciando com a apresentação dos participantes e seu vínculo com o sistema prisional, seguida da pergunta norteadora da discussão: “Quais os desafios encontrados no dia a dia de trabalho no sistema prisional?”. Foi esclarecido que os desafios a serem debatidos precisariam ser passíveis de reflexão, discussão e propostas de intervenção. No encerramento, foram retomados os principais assuntos discutidos e propostas de encaminhamentos. Foram utilizadas tecnologias de aproximação virtual, que perpassam o conceito de educação a distância (Faria e David, 2010; Ely et al., 2022) como processo de ensino-aprendizagem. Este, por sua vez, representa um processo de emancipação política e de ação transformadora da realidade (Chiarella et al., 2015). As RCV foram gravadas e transcritas pelos autores, mediante autorização escrita dos participantes, somando 10 horas e 39 minutos de gravação. O *chat* também foi disponibilizado para uso dos participantes e considerado para análise.

A análise de conteúdo temático do texto transcrito de cada uma das RCV, acompanhado das gravações, foi realizada por dois dos autores com apoio dos demais autores deste estudo. A metodologia analítica foi a preconizada por Minayo (2004). Esse referencial pressupõe um olhar crítico do pesquisador ao

texto, de forma sistemática, e se divide em três etapas. A primeira delas compreendeu a pré-análise do material, na qual o pesquisador busca rever criticamente seus pressupostos de pesquisa diante do texto. Em uma leitura flutuante da totalidade do material produzido, buscaram-se os parâmetros de validação qualitativa, que permitem compreender a complexidade e os detalhes das informações obtidas. Isso ocorre por meio da homogeneidade e da representatividade, elencadas diante da pertinência da bibliografia escolhida frente ao fenômeno em estudo.

A segunda etapa compreendeu o processo exploratório, no qual os pesquisadores buscaram compreender a unidade de significação do texto. Empregou-se a caracterização cromática, na qual o texto é grifado em cores, de forma que as palavras, frases ou resumos possam evidenciar núcleos de significado e emergir as categorias para o tratamento dos dados (Costa et al., 2018).

A terceira etapa compreendeu o tratamento dos dados e posterior discussão dos resultados utilizando como referencial teórico 'o Quadrilátero da EPS' (Ceccim e Feuerwerker, 2004), cujas categorias descritas na literatura são Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social e compreendem a visão argumentativa das vivências profissionais e os documentos norteadores de suas práticas. Nessa técnica, os temas que emergiram foram agrupados nas categorias previamente estabelecidas de acordo com o Quadrilátero da EPS, na problematização, na horizontalidade e na interação entre os participantes, observando, ainda, as convergências e divergências dos diversos atores e recomendações para o enfrentamento das dificuldades apontadas.

A pesquisa atendeu às exigências da resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação nos Comitês de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul (parecer n. 4.251.658) e da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (parecer n. 4.498.390). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, encaminhado de forma virtual por meio de um Google Forms™, no qual o participante declarava a intenção em participar da pesquisa. Este artigo foi desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Resultados e discussão

Um total de 109 pessoas participaram das RCV, variando de 9 a 29 pessoas de acordo com a Macrorregião (Tabela 1). A Macrorregião Metropolitana apresentou maior número de participantes pois é a mais populosa, possui maior número de PPL, estabelecimentos prisionais de maior porte e maior número de eAPP implantadas. A Macrorregião Norte, com menor participação, possui menos eAPP no território e unidades prisionais de pequeno porte, com menos de 100 presos. O processo de implantação da PNAISP é recente; foi iniciado na região metropolitana e posteriormente expandiu-se para o interior do estado (Rio Grande do Sul, 2021).

Tabela 1 – Caracterização do grupo representado pelos participantes da pesquisa, segundo Macrorregião de Saúde. Rio Grande do Sul, 2021.

Macrorregião de Saúde	Atenção	Gestão	Ensino	Controle Social	Total
Vales	11	4	3	0	18
Metropolitana	10	7	8	4	29
Sul	7	6	6	0	19
Centro-Oeste	4	3	3	0	10
Missioneira	8	4	1	0	13
Norte	5	3	3	0	11
Serra	4	2	3	0	9
Total	49	29	27	4	109

Fonte: Os autores.

Quanto aos grupos representados, o Atenção (A) foi formado por 20 técnicos superiores penitenciários (TSP), 18 agentes penitenciários e 11 profissionais da saúde de nível superior que trabalham nas eAPP. No grupo Gestão (G), foram representadas a SES/RS, a SUSEPE, oito Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e sete Delegacias Penitenciárias Regionais (DPR). No grupo Ensino (E), foram identificadas quatro IES e a Escola do Serviço Penitenciário, e representando o Controle Social (CS), um movimento social formado por familiares de pessoas privadas de liberdade.

Considerando as diferenças contextuais e debates relevantes, emergiram temas diversificados em cada RCV. Nas Macrorregiões Vales, Sul e Norte, houve a predominância de temas relacionados à Atenção; na Macrorregião Metropolitana, temas relacionados ao Controle Social; e nas Macrorregiões Centro-Oeste, Missioneira e Serra, temas relacionados à Gestão. Os problemas e potencialidades dos territórios foram compartilhados, possibilitando trocas de experiências, propostas de intervenção e encaminhamentos.

Da análise temática de conteúdo, emergiram temas agrupados nas quatro categorias pautadas no Quadrilátero da EPS. Essas categorias serão apresentadas e discutidas a seguir.

Desafios da assistência em saúde no sistema prisional no contexto da pandemia da Covid-19

A PPL é uma população vulnerável, com demandas complexas e específicas. A cobertura das eAPP do RS demonstra que uma parcela dessa população pode ter dificuldades de acesso ao cuidado integral. As unidades prisionais se estruturam de diferentes formas para prestar o cuidado, considerando a presença de eAPP, o porte e o número de presos. O discurso dos profissionais e gestores demonstra preocupação com o atendimento ofertado.

O nosso maior desafio é propor saúde integral [...]. Tentar que tenham acesso a um serviço que nunca tiveram. Proporcionar inclusão é uma grande responsabilidade dos profissionais da saúde. (A34)

Não entendo como é dado o atendimento [referindo-se às instituições sem eAPP]. Como são identificadas as necessidades? É feita 'Porta de Entrada'? Como fica o acolhimento? [...] Se a pessoa presa não tiver nenhum problema de saúde e não pedir atendimento, não vai ser atendida nunca. (G27)

[...] é feita uma triagem dentro do presídio pelo enfermeiro experiente, e o preso é conduzido para atendimento médico, escolta agendada para UBS [Unidades Básicas de Saúde] ou PA [Pronto Atendimento]. Uma vez ia um médico uma vez por semana. Agora temos um enfermeiro da SUSEPE com experiência, 40 horas semanais. Ele filtra os atendimentos e chega para o médico somente o que é necessário, diminuindo a necessidade de remoção. (A30)

Os desafios supracitados tangem à preocupação do acesso do usuário às políticas de cuidado, incluindo promoção, prevenção e percepção do cuidar integral, pois a atenção em saúde não se resume ao plano curativista e de urgência. Nas instituições penais sem eAPP, o núcleo da saúde preocupa-se com o acesso, enquanto o núcleo da segurança entende que o acesso ao atendimento médico deve se dar nos casos em que o enfermeiro 'experiente' não consegue resolver a queixa. Considerando que a EPS está constituída em uma lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar (Ceccim e Feuerwerker, 2004), esse debate, de certa forma antagônico, mostra-se relevante, pois o campo da saúde passa a entender as dificuldades e fragilidades do campo da segurança, acontecendo o inverso também.

Em outras ocasiões, foram identificadas falas antagônicas entre trabalhadores da saúde e da segurança, porém, com o desenvolvimento do PEPSSP, essas dificuldades foram minimizadas.

Para a efetivação do SUS à PPL, torna-se indispensável repensar os serviços de saúde na forma em que estão constituídos, alguns ainda orientados pelo modelo hegemônico fragmentado e curativista. Para que seja ofertado um cuidado integral, é necessário romper com a lógica do sofrimento manifesto e da queixa-conduta. Precisa-se repensar as práticas em saúde com base na realidade ampliada, considerando as singularidades individuais (Bonfada et al., 2012). Esse debate precisa incluir o setor da segurança, pois sem a colaboração e a união de esforços, o cuidado integral fica prejudicado.

Populações institucionalizadas, sem mobilidade e que não podem aderir à estratégia de distanciamento social, com contatos inevitáveis e permanentes, são especialmente vulneráveis a infecções como Covid-19. Nesses locais, medidas adicionais de prevenção e controle foram necessárias (Wang et al., 2020). Os atores do sistema prisional demonstraram preocupação e discutiram a implementação dos Planos de Contingência para organização dos atendimentos diante dos diversos cenários apresentados, considerando a presença de casos confirmados, surtos ou mortes pela doença.

O Plano de Contingência foi um trabalho conjunto, uma reunião do setor técnico, equipe de saúde e administração penitenciária. (G13)

O maior desafio foi a pandemia [...]. Estamos em diálogo permanente com a SUSEPE, com a gestão, a justiça, vigilância epidemiológica, para repensar estratégias. Não tivemos nenhum caso, somente após a liberação das visitas, surtos, óbitos e afastamento de trabalhadores. (A2)

O pessoal da saúde trabalhou muito bem. [...] Pensávamos que esse vírus seria uma verdadeira chacina nas casas prisionais. (G27)

Durante o desenvolvimento das RCV, houve avanço da infecção para dentro das instituições penais, ocasionando surtos. Houve necessidade de ampliação das testagens, busca ativa e isolamento dos casos confirmados (Gouvea-Reis et al., 2021). Essas medidas acompanhavam estratégias internacionais de controle da doença no sistema prisional (Marco et al., 2021). O Estado brasileiro, entretanto, não preparou os trabalhadores da linha de frente para o enfrentamento da pandemia, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde, o que poderia ter sido realizado por meio da EPS (Sarreta et al., 2022), considerando que a formação de profissionais da saúde tem um contexto histórico pautado na pedagogia hegemônica de matriz flexneriana (Leite, Pinto e Fagundes, 2020).

A formação dos profissionais da saúde implica diretamente na forma como os processos de trabalho são conduzidos. Considerando os Planos de Contingência, alguns deles foram resultado de um trabalho de planejamento estratégico conjunto e intersetorial; em outros, evidenciam-se problemas básicos, como a pactuação de exames, a realização dos testes rápidos e os protocolos de isolamento, e questões mais complexas, como o cuidado em saúde com os ingressantes que vinham da rua e transferidos de outras instituições.

O presídio é pequeno, temos uma galeria. O preso vem da rua, fica cinco dias, daí entra outro, e mais outro. Quando o que veio primeiro completa 14 dias, é testado e vai para a galeria, mas ele teve contato com os outros que vieram da rua. (A 35)

Quando começamos a isolar, os presos começaram a se esconder porque não queriam ficar isolados. Muitas vezes, os agentes penitenciários traziam os sintomáticos, e os exames demoravam para chegar. (A34)

Isolamento é ruim em casa... Imagina na prisão. (G5)

Considerar os diversos saberes contribui para a construção compartilhada do conhecimento em saúde (Neves et al., 2021), o que se tornou imprescindível no auge da pandemia, pois a negligência de instâncias superiores do Poder Público conduziu profissionais comprometidos com a saúde coletiva a criar estratégias locais e regionais de mitigação do vírus. O início da vacinação contra o coronavírus tranquilizou os profissionais da saúde e do sistema prisional, os gestores, os próprios presos e os familiares. No Brasil, a PPL esteve entre os grupos prioritários para a aplicação da vacina.

Estive afastada por ser grupo de risco. Os colegas e apenados estão vacinados. Retorno com segurança. (A9)

Os presos aceitam e desejam a vacina para garantir as visitas. Temos 100% dos presos vacinados. (A27)

Eu tenho problemas com as vacinas daqueles que são transferidos, doses e marcas diferentes, não têm carteirinha. (A36)

Os participantes das RCV reconheceram a agilidade no processo de vacinação e a aceitação dos presos para garantir a retomada das visitas. Porém, identificaram problemas relacionados aos registros e dificuldades em obter informações. Essa situação é comum no sistema prisional, pois muitas eAPP não dispõem do prontuário eletrônico usado no município.

Além dos problemas e mortes causadas pela pandemia, alguns profissionais de saúde entenderam esse momento como uma oportunidade para qualificar os processos de trabalho. Os servidores da SUSEPE e os gestores de ambos os setores estão satisfeitos com as 'mudanças forçadas' dentro do sistema prisional.

A pandemia melhorou a questão da higiene, com insumos e produtos de limpeza que antes não estavam disponíveis. (G24)

Conseguimos ampliar a rede e utilizar o momento de testagem de Covid-19 para testar HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C e também perguntar sobre os sintomas de tuberculose. Os casos de doenças infecciosas aumentaram porque aumentou também as testagens. Antes a gente não conseguia testar. (A2)

A [sic] Covid tornou obrigatória a questão da triagem na Porta de Entrada. É muito importante para iniciar logo os tratamentos. (A27)

Os profissionais aproveitaram o momento de dificuldade para compartilhar saberes e propor soluções conjuntas para os problemas. Houve uma construção coletiva de novas práticas em saúde considerando os desafios do momento pandêmico e da integralidade, o que possibilitou a inclusão de atores sociais no projeto terapêutico. A EPS propõe transformação nos serviços, que não envolve somente as questões técnicas. As mudanças mais significativas ocorrem nas relações, nos processos e nas pessoas, de forma que a discussão ampliada entre os trabalhadores, as suas esferas de gestão, as instituições formadoras e a representação dos usuários expande a percepção e a postura diante das dificuldades (Ceccim, 2005).

A pandemia contribuiu significativamente para mudanças de paradigmas de forma definitiva, pois todos foram afetados e tiveram as suas práticas transformadas. A aproximação virtual dos diversos atores propiciou encontros e trocas que antes seriam improváveis. Identificou-se que as preocupações eram semelhantes, e foi possível entender algumas práticas que pareciam hostis.

Desafio para a gestão da saúde nos estabelecimentos prisionais

O principal desafio citado pelos participantes, referente à gestão da saúde nas unidades prisionais, está relacionado à inexistência de eAPP, o que acarreta escoltas desnecessárias e riscos à segurança. Além disso, o baixo efetivo de pessoal e as estruturas físicas inadequadas constituem problemas de difícil solução. No entanto, as instituições penais de menor porte têm sua gestão facilitada pelo menor quantitativo de PPL.

A gestão é bem facilitada nos presídios menores, não tem isso que eu sou contra, esse empilhamento de pessoas. Presídio grande é mais difícil de controlar, e onde não tem equipe de saúde, tem convênio com as secretarias municipais de saúde. (G13)

Nesta região são poucas as equipes habilitadas, gestores municipais apresentam inúmeras desculpas para não aderir: falta de pessoal, não tem como destinar uma equipe exclusiva, eles têm receio de não vir o recurso e alegam que a assistência é ofertada nos serviços do município. (G26)

Existe uma parceria da SMS, vão no presídio e entendem a necessidade, mas apresentam receio da formalização. (A42)

A PNAISP, apesar de representar grande avanço em termos de políticas públicas para a PPL, não levou em consideração particularidades estruturais do sistema penitenciário. A constituição de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp), de 2014, apresentava-se rígida, de forma que impedia a adesão de alguns municípios por não cumprirem os pré-requisitos. Em 2021, as normas foram flexibilizadas, e espera-se maior adesão dos municípios à PNAISP nos próximos anos (Brasil, 2021).

A gestão em saúde vai além dos aspectos gerenciais, de forma que a inserção da EPS como prática de discussão na gestão possibilita utilizar a criatividade na resolução de problemas e na estruturação dos serviços que possam atender às necessidades da população adstrita, pautada no próprio processo de trabalho. Esse processo é o objeto de transformação da EPS, partindo da reflexão crítica do cotidiano para a solução conjunta dos problemas encontrados (Ferreira et al., 2019). A EPS transforma o trabalho, pois o profissional de saúde assume uma condição de 'educador em potencial', modificando sua prática, reflexão ou ação na organização do processo de trabalho e na gestão (Rojas et al., 2019). Assim, rompe-se a lógica de que os problemas devem ser resolvidos administrativamente, pois todos os atores se envolvem com a problemática e se comprometem com a busca de soluções. Articulações interinstitucionais podem constituir espaços de planejamento, gestão e mediação (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

A estrutura física é precária, não há possibilidade de área física para UBS prisional. (A28)

Não teria condições de unidade de saúde porque não tem o número de profissionais, a flexibilização das portarias abre espaço para negociação [...]. Mesmo assim, para os municípios é difícil dispor da unidade específica. (G20)

O déficit funcional é histórico; para atendimento precisa [de] viatura, servidores, horas extras, combustível, escolta para atendimento externo. É sempre um estresse, exige gestão de pessoas, deve ser feito com segurança. Já avançamos muito, pois tínhamos a dificuldade dos colegas, gestores e administradores de entender a importância e obrigatoriedade deste atendimento. (G27)

A adesão à PNAISP e implantação das eAPP é de responsabilidade do gestor municipal (Brasil, 2022). A equipe que tem conhecimento e empodera-se pode buscar com a gestão não somente a adesão, como também melhores condições de trabalho. A EPS possibilita a construção de processos de autoanálise, nos quais diferentes atores, colocados em roda, podem assumir papéis proativos na condução dos sistemas locais de saúde (Ceccim, 2005).

O quadro é competente e existem pessoas qualificadas, estrutura e condições de trabalho é [sic] uma briga complicada. Não se faz saúde sem dinheiro. (G13)

Não é fácil fazer o gestor entender que precisa colocar o dinheiro em algo que não dá retorno *pra* ele ou para [a] sociedade. O preso não vota. (A42)

Não temos linha de fomento. Você tem que tá chorando pitanga *pra* juiz para você conseguir melhorar uma sala, um computador. (G19)

As falas relacionadas às dificuldades orçamentárias são mais expressivas nas instituições penais sem eAPP e quando a equipe desconhece a política de financiamento. As eAPP recebem incentivo de custeio dos governos federal e estadual, que variam de acordo com o tipo de eAPP, o número de presos atendidos e a carga horária semanal dos profissionais. Quando a equipe se apropria dessas informações, tem argumentos para solicitar melhorias estruturais, equipamentos e insumos, pois apesar de garantida por lei e constituir-se uma das premissas do SUS, a gestão participativa ainda é uma tarefa a ser construída (Warmling, Marques e Rosa, 2019). A EPS produz conhecimento, autonomia (Freire, 1998) e, conseqüentemente, o empoderamento para que os trabalhadores possam discutir com a gestão o financiamento das ações e a forma de aplicação dos recursos.

Celas específicas para população de lésbicas, *gays*, bissexuais, transgêneros, travestis, *queer*, intersexuais, assexuais e mais outras formas de expressão da sexualidade (LGBTQIA+) também representam preocupação, principalmente entre os gestores e trabalhadores da saúde.

O seguro é uma cela isolada para travestis, pedófilos [...]. (A27)

O seguro não é seguro para população LGBT [...]. A estrutura dos presídios pequenos não permite separar a população LGBT [...]. É difícil garantir segurança para esta população. (G16)

[...] tem cela específica para população LGBT e tem casos de recusas, eles não querem permanecer nestas celas, preferem ficar na galeria. (A23)

Os presídios menores não têm celas específicas, e os presos aceitam permanecer nas galerias para não serem transferidos. A população LGBTQIA+ não é homogênea e tem suas especificidades. Pessoas que se identificam como LGBTQIA+ são encarceradas em uma taxa três vezes maior que a população adulta total, são condenadas a penas mais longas, estão sobrerrepresentadas em todo o sistema de justiça criminal e sujeitas a condições especialmente prejudiciais atrás das grades. A discriminação e o estigma levam à criminalização (Jones, 2021).

Nos depoimentos categorizados no tema Gestão (G), evidencia-se a necessidade de garantir financiamento e acesso a toda a PPL, considerando grupos minoritários dentro do próprio sistema penal, como a população LGBTQIA+. A gestão em saúde no sistema prisional deve ser pensada em nível de instituição, pois cada unidade prisional apresenta as suas particularidades e complexidades. É preciso considerar os diversos atores envolvidos para o planejamento conjunto de estratégias de ação que permitam o cuidar, sem que isso repercuta em fragilidades para o campo da segurança.

Interlocação entre IES e sistema prisional

Tão importante quanto esse PEPSSP proposto por uma IES é a inserção das IES no cotidiano de trabalho das eAPP por meio de projetos de extensão, pesquisa acadêmica ou formação em serviço. O trabalho em saúde tem necessidade de egressos que conheçam práticas diversificadas de saúde e com múltiplas possibilidades de atuação. A interlocução entre as IES e o sistema prisional pode potencializar estratégias de cuidado, de ensino e de produção de conhecimentos nos espaços locais, pautando a formação dos trabalhadores nas necessidades sociais em saúde, na integralidade do atendimento e na rede formada a partir dessas relações. Além disso, capacitar as equipes de saúde facilita a gestão, a promoção da saúde e a prevenção de doenças entre as pessoas privadas de liberdade (Valentim et al., 2022).

Assim, cabe diferenciar educação continuada e EPS: enquanto a primeira se constitui como fator influenciador do aprimoramento profissional, envolve atividades de ensino, ocorre após a graduação, possui duração definida e metodologia tradicional de ensino-aprendizagem, a segunda está alicerçada na inclusão de conhecimentos, de valores e de um compromisso com aspectos políticos, éticos e sociais, propondo-se à análise das necessidades do processo de trabalho (Ceccim, 2005; Peixoto et al., 2013; Ferreira et al., 2019).

Experimentar o processo de EPS por meio virtual, empregando tecnologias de aproximação, é a inovação desta pesquisa. Uma revisão integrativa buscou verificar estratégias para a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na Atenção Primária em Saúde e identificou o uso da internet, a educação a distância e o programa Telessaúde para o alcance desse objetivo (Ferreira et al., 2019). Os participantes comentaram sobre as RCV e avaliaram positivamente a intervenção. Foram falas que surgiram espontaneamente, sem que fosse considerado um momento avaliativo.

As Rodas de Conversa são importantes para que possamos refletir sobre questões em que precisamos avançar. Serve como dispositivo para pensarmos o que fazer e dar encaminhamentos. (E19)

É uma grande oportunidade para se conhecer e entender o papel de cada um na rede. Promover união e aproximação das equipes. Oportunidade bem importante de conhecer vários aspectos desta política. (A21)

Valorização da intersetorialidade saúde e segurança [...], cada um faz a sua parte, constrói junto [...], respeito entre os profissionais, vínculo para trabalhar em harmonia. (A12)

As ponderações denotam entendimento, reflexão e ação, resignificando o processo da EPS no sistema prisional e a importância desses momentos para os participantes e atores envolvidos. A diversidade de atores e discussões em roda ampliou a análise crítica do trabalho, que Merhy (1997) conceituou como trabalho vivo em ato, no qual é possível a transformação de práticas de trabalho nos serviços de saúde. Nessa perspectiva, o trabalho, como prática social, considera as relações estabelecidas no ato produtivo com os produtos que realiza, nas relações estabelecidas com outros trabalhadores e usuários de seus produtos (Merhy e Franco, 2003).

As RCV foram uma oportunidade ímpar de os participantes (re)conhecerem colegas e estabelecerem novas parcerias. O *chat* foi bastante utilizado para troca de *e-mails* e telefones. Identificou-se a necessidade de oportunizar novos espaços de debates e trocas de experiências, nos quais a interlocução entre as IES e o sistema prisional serão fundamentais. Entender que esse processo foi possível por meio da proposição de uma IES demonstra a importância do quadrilátero da formação em saúde para a efetivação da EPS.

O Controle Social e a representação familiar

A inclusão da PPL nas RCV deu-se pela representação familiar. A Frente dos Coletivos Carcerários (FCC) é um movimento social composto por 46 comissões distribuídas pelo Estado e organizadas pelos familiares de presos, egressos e outros militantes das causas prisionais e seus coletivos. O grupo é liderado por mulheres que articulam com o sistema prisional as garantias das PPL e de seus familiares. A busca do direito à saúde é a principal característica do controle social na EPS (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Quando o movimento social se identificou, houve discussões no *chat* por acontecimentos e questões pontuais. Um delegado penitenciário retirou-se da RCV, pois não aceitou a presença da FCC. Para os demais participantes, esse foi um momento para esclarecer situações de embate e fortalecer a luta por melhores condições para todos que convivem no sistema prisional.

As novas medidas de isolamento dos ingressantes e da PPL que apresentam sintomas respiratórios estava desagradando os familiares. Além da restrição de visitas, a FCC questionava esse isolamento, pois, no contexto prisional, o isolamento é visto como castigo. O debate permitiu o entendimento das necessidades que o momento exigia, e pode-se pensar na FCC como apoiadora de estratégias de cuidado direcionadas à PPL.

Nossa missão é o enfrentamento do encarceramento desumano e degradante e o combate à violência produzida no cárcere. Queremos fortalecer o diálogo com os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. (CS3)

Ter a oportunidade de estar no mesmo espaço que vocês para nós é muito importante, pois a gente traz uma realidade que muitas vezes não chega ao conhecimento de todos. Então, a nossa ideia é estar fortalecendo e aproximando esse diálogo. (CS4)

Sabemos o que acontece lá dentro, temos vivências fortes do dia a dia, temos propriedade. Sabemos que pode ser bom, mas, ao mesmo tempo, em alguns lugares é muito precário. (CS2)

Lutar pela saúde prisional é lutar contra o desmonte do SUS. Infelizmente nos últimos anos a gente tem visto muito desmonte do SUS. [...] Precisamos nos fazer presentes nos Conselhos de Saúde. Nossa luta é única e passa por discutir a efetivação do SUS. (A14)

O controle social, no SUS, legitima a sociedade a participar dos debates e decisões referentes à formulação, execução e avaliação das Políticas Públicas de Saúde. O trabalho em saúde requer escuta qualificada, na qual a interação entre profissional e usuário pode ser determinante na qualidade da resposta assistencial (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Dessa forma, entendeu-se que os diversos grupos tinham os mesmos objetivos de cuidado e preservação da vida. Ademais, o grupo de familiares foi orientado quanto à importância de participação nos Conselhos da Comunidade e nos Conselhos Municipais de Saúde, e abriu-se uma nova oportunidade de interlocução com atores sociais, até então excluídos do processo.

Encaminhamentos sobre as rodas de conversa virtuais e considerações finais

A participação efetiva nas RCV propiciou reflexões e construções coletivas. As discussões aprofundadas, complexas e significativas foram possíveis pela união de atores, olhares e cenários diversificados. Somente com a participação ampliada e diversidade dos atores sociais foi possível a efetivação da EPS; caso contrário, seria um programa de educação continuada, como tantos outros disponíveis nas plataformas digitais. A

avaliação das atividades aponta para a satisfação dos participantes, e a alta adesão às atividades virtuais e presenciais posteriores representam o impacto gerado pelo programa.

Em termos de Atenção (A), as principais recomendações são: manter a rotina da Porta de Entrada, conciliando os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatites virais e triagem para tuberculose com a rotina de testagem para coronavírus; buscar acesso aos sistemas oficiais de informação com registro adequado em prontuários; melhorar os espaços de isolamento a fim de proporcionar acolhimento, construção de protocolos e materiais informativos que possam auxiliar as equipes no diagnóstico de doenças infecciosas e em condutas a partir dos resultados; e adicionar informações como identidade de gênero ao prontuário.

Na Gestão (G), o principal encaminhamento refere-se à sensibilização dos gestores para a adesão à PNAISP e implantação de eAPP nas instituições penais. As IES (E) podem ser parceiras para projetos e convênios com as instituições prisionais, possibilitando, assim, a ampliação das ações interinstitucionais que envolvam estágio, pesquisa e extensão universitária. Em relação ao Controle Social (CS), recomenda-se a participação nas instâncias oficiais, como os Conselhos da Comunidade e os Conselhos Municipais de Saúde, assim como o encaminhamento de situações particulares via ouvidoria do SUS.

Discutir saúde de forma ampliada é desafiador; discutir saúde por meio da EPS em um contexto complexo como o sistema prisional, de forma virtual, envolvendo todo o Estado do Rio Grande do Sul e durante o curso de uma pandemia, é uma experiência inovadora. A inovação está no tema, no cenário, nos atores participantes do processo, na abrangência e no planejamento estratégico desenvolvido especialmente para o PEPSSP. A inexistência de orçamento exigiu maior dedicação da equipe organizadora e esforços de articulação de parcerias institucionais entre saúde e sistema prisional, em uma perspectiva dialógica e compartilhada. A organização intersetorial e interdisciplinar possibilitou reflexões sobre as práticas e avanços no conhecimento e na direção da qualificação da atenção à saúde no sistema prisional. As limitações encontradas no estudo referem-se principalmente à baixa representatividade do controle social. Alinhar e juntar os pontos da rede, incluindo o Ministério Público, a Vara de Execuções Penais e outros atores, como os Conselhos da Comunidade e os Conselhos Municipais de Saúde, ampliaria ainda mais a discussão e as possibilidades de intervenção.

A EPS dispõe-se a promover reflexões sobre os fenômenos e seu contexto, problematizando as práticas educativas de saúde a fim de torná-las significativas. O PEPSSP promoveu mudanças na saúde prisional do Estado, tornando-se um dispositivo relevante para apontar caminhos e promover mudanças no SUS. Foi uma excelente oportunidade de reunir profissionais da saúde e do serviço penitenciário, diretores das unidades prisionais, delegados penitenciários regionais, gestores da saúde prisional, estudantes, docentes e movimentos sociais para discutir os desafios, compartilhar avanços e propor novas formas de fazer saúde no sistema prisional. O PEPSSP teve continuidade por meio de atividades virtuais e presenciais.

Informações do artigo**Contribuição dos autores**

Concepção do estudo: KZE, VGV, PS, RMD, ARMV e LGP.
 Curadoria dos dados: KZE, GZE, VGV, PS, RMD, LRR, SBFK, ARMV e LGP.
 Coleta de dados: KZE, VGV, PS e RMD.
 Análise dos dados: KZE, GZE, VGV, PS, RMD, LRR, SBFK, ARMV e LGP.
 Redação - manuscrito original: KZE, GZE, VGV, PS e RMD.
 Redação - revisão e edição: KZE, RMD, LRR, SBFK, ARMV e LGP.

Financiamento

Realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), código de financiamento n. 001, e do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), código de financiamento n. 21/2551-0000095-3.

Conflitos de interesses

Não há conflito de interesse.

Aspectos éticos

Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), CAEE 36932820.2.0000.5343, número do parecer 4.251.658, em 1º de setembro de 2020, e no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), CAEE 36932820.2.30015312, número do parecer 4.498.390, em 14 de janeiro de 2021.

Apresentação prévia

Esse artigo é resultante da tese de doutorado intitulada *Monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde no sistema prisional gaúcho*, de autoria de Karine Zenatti Ely, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), qualificada em 2022.

Referências

- BONFADA, Diego *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica dos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8VxDmKwcrjyknyc5hVj5FNt/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 7 jan. 2022.
- BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.298, de 9 de setembro de 2021. Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, seção 1, Brasília, DF, p. 106, 10 set. 2021.
- BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/pnaisp>. Acesso em: 7 jan. 2022.
- CECCIM, Ricardo B. Permanent Education in the Healthcare field: an ambitious and necessary challenge. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.

- CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- CHIARELLA, Tatiana *et al.* A pedagogia de Paulo Freire e o processo de ensino-aprendizagem na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 39, n. 3, p. 418-425, 2015. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e02062014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/jg9jPgnZRrqBy7WTDdrpFcn/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- COOK, Thomas D.; REICHARDT, Charles S. *Métodos cualitativos y cuantitativos em investigación evaluativa*. 4. ed. Madrid: Ediciones Morata, 2000.
- COSTA, Maria A. R., *et al.* Itinerário de pesquisa Paulo Freire: contribuição no campo de investigação em enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 12, n. 2, p. 546-553, 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a109935p546-553-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/109935>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- ELY, Karine Z. *et al.* Recomendações de prevenção e controle da covid-19 nas instituições penais: revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 43-49, 2020. <https://doi.org/10.17058/rips.v3i1.16269>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/16269>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- ELY, Karine Z. *et al.* Processo de construção de um programa de educação permanente para as equipes de atenção básica prisional. In: DARSIE, Camilo *et al.* (org.). *Educação e saúde: reflexões e experiências educativas*. 1. ed. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2022. p. 51-58.
- FARIA, Magda G. A.; DAVID, Helena M. S. L. Enfermagem e educação permanente a distância: o exemplo do projeto Telessaúde Brasil, núcleo Rio de Janeiro. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 667-673, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648973011>. Acesso em: 12 jul. 2022.
- FERREIRA, Lorena *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-249, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- GOUVEA-REIS, Fernando A. *et al.* COVID-19 Outbreak in a Large Penitentiary Complex, April-June 2020, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, v. 27, n. 3, p. 924-927, 2021. <https://doi.org/10.3201%2F2703.204079>. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/27/3/20-4079_article. Acesso em: 27 dez. 2022.
- JONES, Alexi. Visualizing the unequal treatment of LGBTQ people in the criminal justice system. *Prison Policy Initiative*, Northampton, mar. 2021. Disponível em: <https://www.prisonpolicy.org/blog/2021/03/02/lgbtq/>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- LEITE, Catharina M.; PINTO, Isabela C. M.; FAGUNDES, Terezinha L. Q. Educação Permanente em Saúde: Reprodução ou Contra-Hegemonia? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, Supl. 1, p. e0025082, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00250>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/4BZcBgr5mXVpkqQygzM9hrG/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- MARCO, Andrés *et al.* Public health response to an outbreak of SARS-CoV2 infection in a Barcelona prison. *Epidemiology and Infection*, [S. l.], v. 149, p. e91, 2021. <https://doi.org/10.1101/2020.11.08.20227744>. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.11.08.20227744v1>. Acesso em: 27 dez. 2022.
- MERHY, Emerson E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033>. Acesso em: 27 dez. 2022.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

NEVES, Vanusa N. S. *et al.* Utilização de lives como ferramenta de educação em saúde durante a pandemia pela COVID-19. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 42, p. e240176, 2021. <https://doi.org/10.1590/ES.240176>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/yVCyYwBqPrZNYdB9sYtWwHt/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.

PEIXOTO, Leticia S. *et al.* Educación permanente, continua y em servicio: desvelando sus conceptos. *Enfermería Global*, Murcia, v. 12, n. 29, p. 324-340, jan. 2013. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000100017&script=sci_arttext&tng=pt. Acesso em: 27 dez. 2022.

PINHEIRO, Leandro R. Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica. *Pro-Posições*, Campinas, v. 31, p. e20190041, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2019-0041>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pp/a/jxjfr8ZtFkHNJ36CX6mFp/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2020-2023*. 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>. Acesso em: 30 nov. 2022.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Coordenação Estadual de Saúde Prisional. *Saúde da População Prisional*. 2021. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-prisional>. Acesso em: 7 jan. 2022.

ROJAS, Fagner L. L. *et al.* Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de saúde. *Journal Health NPEPS*, v. 4, n. 2, p. 310-330, jul./dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103730>. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3730>. Acesso em: 27 dez. 2022.

SARRETA, Fernanda O. *et al.* Educação Permanente de trabalhadores da saúde em tempos de pandemia. *Cadernos ESP*, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 24-32, 2022. <https://doi.org/10.54620/cadep.v16i3.855>. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/855>. Acesso em: 27 dez. 2022.

SILVA, Cláudia B. G.; SCHERER, Magda D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, p. e190840, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wSmkML5zgMkhS8WmRYSKpm/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.

VALENTIM, Janaina L. R. S. *et al.* The relevancy of massive health education in the Brazilian prison system: The course "health care for people deprived of freedom" and its impacts. *Frontiers in Public Health*, [S. l.], v. 10, p. 935389, 2022. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.935389>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.935389/full>. Acesso em: 27 dez. 2022.

WANG, Jiao *et al.* Prevention and control of COVID-19 in nursing homes, orphanages, and prisons. *Environmental Pollution*, [S. l.], v. 266, n. 1, p. e115161, nov. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.115161>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0269749120327627?via%3Dihub>. Acesso em: 27 dez. 2022.

WARMLING, Cristiane M.; MARQUES, Luciana; ROSA, Roger S. *O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas*. Curitiba: Prismas, 2019.

3 MANUSCRITO III - PERMANENT HEALTH EDUCATION AS A TUBERCULOSIS CONTROL STRATEGY IN THE PRISON SYSTEM

Jornal Brasileiro de Pneumologia



PERMANENT HEALTH EDUCATION AS A TUBERCULOSIS CONTROL STRATEGY IN THE PRISON SYSTEM

Journal:	<i>Jornal Brasileiro de Pneumologia</i>
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Letters to the Editor
Keyword:	Tuberculosis, health education, public health

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3 **PERMANENT HEALTH EDUCATION AS A TUBERCULOSIS CONTROL**
4 **STRATEGY IN THE PRISON SYSTEM**
5
6
7

8 TO THE EDITOR,
9

10 Tuberculosis remains a challenge to global public health, particularly in prisons,
11 where the risk of contracting the disease is 30 times higher.⁽¹⁾ The state of Rio Grande do
12 Sul (RS) has more than 40,000 people deprived of liberty and a primary care prison health
13 team coverage (eAPP) of approximately 54.4% of people deprived of liberty in closed
14 regimes. Currently, there are 45 eAPPs distributed throughout the RS territory, most of
15 which are overcrowded.⁽²⁾
16

17 The need to expand and improve the actions of care, surveillance and management
18 of tuberculosis control, recommended by national and international health agencies^(3,4),
19 encouraged the development of Permanent Health Education's activities focused on
20 people deprived of liberty.⁽⁵⁾ "Programa de Educação Permanente em Saúde – Sistema
21 Prisional (PEPSSP)" took place from July 6th to December 14th in 2021 targeting prison
22 system staff, managers, social control representatives, and the academic community. The
23 Covid-19 pandemic prompted a virtual format, with 11 lives and 6 Virtual Roundtable
24 Discussions. The lives were streamed live on YouTube and remain available to the public.
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

The live broadcasts covered topics related to tuberculosis in the prison system, TB-HIV co-infection, rapid testing at the entrance of prisons, analysis of indicators for monitoring and evaluation do tuberculosis among other topics. The virtual roundtable discussions were motivated by triggering questions, identifying the challenges in the daily work to control tuberculosis in prisons.

To complement the theoretical activities of the PEPSSP, the *1ª Competição em Saúde contra a Tuberculose no Sistema Prisional (1º COMPETI-TB)* was developed⁽⁷⁾. This activity took place from March 23 and May 4, 2022, and involved the participation of 19 teams linked to the prisons of Rio Grande do Sul and 1.400 people deprived of liberty directly and indirectly involved. The launch of the 1º COMPETI-TB was transmitted through a live broadcast on YouTube on March 23, addressing the theme 'Challenges of controlling tuberculosis in the prison system'. The registered teams were mixed, including professionals from both the health and security sectors. Multidisciplinary teams from prisons with enabled eAPP and other teams providing healthcare services for incarcerated individuals participated. The activity was composed

1
2
3 of 10 challenges and 2 bonus reward activities that promoted actions involving
4 tuberculosis control that motivated competition between prisons. They were proven
5 electronically, with photos, reports and videos; deadlines and scores were stipulated; and
6 at the end, the teams with highest score and the outstanding teams of each penitentiary
7 region of the state were awarded.
8
9

10
11 The proposed challenges presented a diverse range of scores, with tasks
12 considered to be of easy difficulty being awarded 10 points, intermediate tasks 25 points,
13 and difficult tasks 50 points. Bonus challenges granted additional points to the teams and
14 served as a means of resolving ties.
15
16

17
18 Through posters, brochures, banners, and the “*Pedágio da TB*”, teams discussed
19 the concept of the disease, its transmission, ways to prevent it, and the identification of
20 respiratory symptomatic individuals. It was observed a discrepancy between the protocols
21 and their implementation, which led to a movement towards standardization of actions
22 and behaviors, such as the location for sputum collection and tuberculosis screening
23 strategies, such as active search for respiratory symptoms and rapid testing for infectious
24 diseases at the entry point of the prison system.
25
26

27
28 The teams replicated Permanent Health Education’s activities in their daily
29 contexts through lectures, roundtable discussions, preparation of informative materials
30 and educational games, such as the “*TB Bingo*”, questionnaires, and lessons on the topic
31 directed towards prison staff and the people deprived of liberty. Several prisons
32 established partnerships with educational institutions as part of the proposed challenges.
33 There was an assessment of tuberculosis and HIV control indicators, application of the
34 annual active case search score by the World Health Organization, and updating or
35 knowledge of respiratory symptomatic record books recommended by Brazilian’s
36 Ministry of Health. (3)
37
38

39
40 The final challenge was the completion of an evaluation form by the participating
41 teams. The assessment allowed the identification of the importance of PEPSSP for
42 correctional institutions, as it not only disseminates technical knowledge through
43 practical activities, but also enables the integration between professionals and their
44 diverse knowledge.
45
46

47
48 This Intervention proposal is part of the “*Contribuições para gestão estadual de*
49 *saúde prisional: monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em*
50 *saúde*” umbrella project approved by Health Ethics Committee with number 4.251.658.
51 The closing of the 1^o COMPETI-TB and award ceremony also took place through a live
52
53
54
55
56
57
58
59
60

stream⁽⁸⁾, in which a compilation of activities developed during COMPETI-TB was presented and the Joint Informative Note on Tuberculosis Surveillance and Control in the Prison System was released.⁽⁹⁾

This letter to the editor presents innovative strategies, reporting on what has been accomplished so far, and strongly recommending active case finding and systematic screening for tuberculosis in prisons⁽¹⁰⁾, aligning with the 2030 Agenda and the Sustainable Development Goals, as advocated by the United Nations (UN), which includes tuberculosis control, and its results support the effectiveness of the implementation of the Permanent Health Education's policy. The Permanent Health Education brings the dynamism and comprehensiveness of the Brazilian Health System and promotes the valorization of experiences, exchange of experiences and meaningful learning, proving to be essential for solving problems in the daily life of prisons and for addressing tuberculosis and other complexities affecting people deprived of liberty.

REFERENCES

1. Mabud TS, de Lourdes Delgado Alves M, Ko AI, Basu S, Walter KS, Cohen T, Mathema B, Colijn C, Lemos E, Croda J, Andrews JR. Evaluating strategies for control of tuberculosis in prisons and prevention of spillover into communities: An observational and modeling study from Brazil. *PLoS Med.* 2019 Jan 24;16(1):e1002737. doi: 10.1371/journal.pmed.1002737. Erratum in: *PLoS Med.* 2019 Mar 1;16(3):e1002764. PMID: 30677013; PMCID: PMC6345418.
2. Dotta RM, Ely KZ, Schultz ALV, Soares Filho MM, Nunes PS, Busatto C, Possuelo LG. Primary care teams and tuberculosis notification in Rio Grande do Sul/Brazil. *Cien Saude Colet.* 2022. Available from: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/equipes-de-atencao-primaria-prisonal-e-a-notificacao-de-tuberculose-no-rio-grande-do-sulbrasil/18440?id=18440>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília; 2019 [acesso em 10 mar. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
4. WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1379788/retrieve>.
5. Ely KZ, Martins G, Padilha MI, Souza TP, Cruz VT, Galvão TF. Process of building a permanent education program for primary care teams in prisons. In: Darsie C, Coelho Junior JM, Silva CCM, editors. Education and Health: reflections and educational experiences. 1st ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2022. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Camilo-Darsie/publication/360375894_Educacao_e_saude_reflexoes_e_experiencias_ed

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- [ucativas/links/6272fb7c3a23744a72649576/Educacao-e-saude-reflexoes-e-experiencias-educativas.pdf](#)
6. FIOCRUZ. CESP. Curatorship of Experiences in Prison Health. Available from: [https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-prisional-conheca-a-exposicao-virtual-de-experiencias/#:~:text=A%20CESP%20%C3%A9%20vinculada%20ao.e%20Outras%20Drogas%20\(Nusmad\)](https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-prisional-conheca-a-exposicao-virtual-de-experiencias/#:~:text=A%20CESP%20%C3%A9%20vinculada%20ao.e%20Outras%20Drogas%20(Nusmad)).
 7. Possuelo LG, et al. Competição para prevenção da tuberculose na rede de saúde prisional - da criação à avaliação: memórias e aprendizados. 1ª ed. Santa Cruz do Sul, RS: Ed dos Autores; 2023.
 8. UNISC Ao Vivo. Closing of the 1st COMPETI-TB: PRISON SYSTEM [Internet]. Santa Cruz do Sul (RS): University of Santa Cruz do Sul; 2022 [cited 20 Feb 2023]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=PHQAW9q1HDY>.
 9. Rio Grande do Sul. Joint Informative Note No. 01/2022 - Epidemiological Surveillance of Tuberculosis (TB) in Prison Health [Internet]. Available from: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202205/04093246-nota-informativa-conjunta-n-01-2022-vigilancia-epidemiologica-da-tuberculose-na-saude-prisional.pdf>.
 10. Charalambous S, Velen K, Rueda Z, Croda J, Herce ME, Sheno SV et al. Scaling up evidence-based approaches to tuberculosis screening in prisons. *The Lancet Public Health*. 2023. ahead of print doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00002-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00002-6)

4 MANUSCRITO IV – APLICATIVOS RELACIONADOS AO CUIDADO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSÍNTESE

APPLICATIONS RELATED TO HEALTH CARE IN THE PRISON SYSTEM: SYSTEMATIC REVIEW AND META-SYNTHESIS

APLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL SISTEMA PENITENCIARIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-SÍNTESIS

Revista: Journal of Health Informatics

ISSN: 2175-4411

Qualis: A4

Autores: Karine Zenatti Ely, Janine Koepp, Isabela Friguette, Victor Gottens Vandrúsculo, Andreia Rosane de Moura Valim, Lia Gonçalves Possuelo

Artigo de Revisão

RESUMO

Objetivo: Identificar os aplicativos relacionadas ao cuidado em saúde no sistema prisional. **Metodologia:** Foi realizada revisão sistemática de literatura consultando as seguintes bases de dados: *PubMed*, *IEE Explore Digital library*, *LILACS*, *Google Scholar*, *SciELO*, *Science Direct*, *ACM Digital Library*, *PROQUEST - Applied Social Sciences*, *Scopus*, *Compendex*, *Web of Science*, *CINAHL* e *The Cochrane Controlled Trials Register*. Três pesquisadores independentes buscaram publicações considerando a pergunta da pesquisa: "Quais os aplicativos utilizados no cuidado em saúde no Sistema Prisional"? Os artigos foram organizados pelo método *PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis)*. **Resultado:** Foram encontrados cinco estudos referentes ao uso de App no sistema prisional, três deles desenvolvidos e testados quanto à usabilidade e quatro deles com foco no período de reinserção social. **Conclusão:** Não foram encontrados aplicativos que tratem de doenças infectocontagiosas na população privada de liberdade.

ABSTRACT

Objective: To identify applications related to health care in the prison system. **Methodology:** A systematic literature review was carried out by consulting the following databases: *PubMed*, *IEE Explore Digital library*, *LILACS*, *Google Scholar*, *SciELO*, *Science Direct*, *ACM Digital Library*, *PROQUEST - Applied Social Sciences*, *Scopus*, *Compendex*, *Web of Science*, *CINAHL* and *The Cochrane Controlled Trials Register*. Three independent researchers searched for publications considering the research question: "What are the applications used in health care in the Prison System?" The articles were organized by the *PRISMA method (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis)*. **Result:** Five were found studies referring to the use of Apps in the prison system, three of them developed and tested for usability and four of them focusing on the period of social reintegration. **Conclusion:** No apps were found that deal with infectious diseases in the population deprived of freedom.

RESUMEN

Objetivo: Identificar aplicaciones relacionadas con la atención de la salud en el sistema penitenciario. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura consultando las siguientes bases de datos: PubMed, IEE Explore Digital library, LILACS, Google Scholar, SciELO, Science Direct, ACM Digital Library, PROQUEST - Applied Social Sciences, Scopus, Compendex, Web of Science, CINAHL y el Registro Cochrane de Ensayos Controlados. Tres investigadores independientes buscaron publicaciones considerando la pregunta de investigación: “¿Cuáles son las aplicaciones utilizadas en la atención de la salud en el Sistema Penitenciario?” Los artículos fueron organizados por el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). **Resultado:** Cinco se encontraron estudios referentes al uso de Apps en el sistema penitenciario, tres de ellos desarrollados y probados en usabilidad y cuatro enfocados al periodo de reinserción social. **Conclusión:** No se encontraron apps que aborden enfermedades infecciosas en la población privada de libertad.

PALAVRAS-CHAVE: Aplicativos móveis; Doenças Transmissíveis; Prisões; Tecnologia.

KEY WORDS: Mobile applications; Communicable Diseases; Prisons; Technology.

PALABRAS CLAVE: Aplicaciones móviles; Enfermedades Transmisibles; Prisiones; Tecnología.

5 MANUSCRITO V – PPLife: APLICATIVO PARA A GESTÃO DO CUIDADO DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NAS INSTITUIÇÕES PENAIS PAUTADO NA METODOLOGIA *DESIGN SCIENCE RESEARCH*

PPLife: APPLICATION FOR THE MANAGEMENT OF THE CARE OF INFECTIOUS DISEASES IN CRIMINAL INSTITUTIONS BASED ON THE DESIGN SCIENCE RESEARCH METHODOLOGY

PPLife: APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN INSTITUCIONES PENALES BASADA EN LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN CIENCIAS DEL DISEÑO

Revista: Cadernos de Saúde Pública

ISSN: 1678-4464

Qualis: A1

Autores: Karine Zenatti Ely, Janine Koepp, Victor Gottems Vendrúsculo, Isabela Freighetto, Andreia Rosane de Moura Valim, Lia Gonçalves Possuelo

Artigo Original

RESUMO

O objetivo do estudo foi deprever e avaliar um aplicativo para *smartphones* desenvolvido para trabalhadores do sistema prisional, que possa fornecer informações úteis e confiáveis sobre tuberculose, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, bem como os fluxogramas de diagnósticos e o cálculo dos indicadores operacionais. O desenvolvimento do PPLife foi apoiado na metodologia do *Design Science Research* que envolve doze etapas. O aplicativo foi desenvolvido para apoiar a assistência e a gestão do cuidado, de forma rápida e segura, subsidiando a tomada de decisão e o controle das doenças infectocontagiosas no sistema prisional. Para dar conta dessa demanda, ele possui três telas principais sendo elas a de informações em saúde, fluxogramas e indicadores. O artefato foi validado pelos profissionais que atuam na área. A avaliação funcional demonstrou boa funcionabilidade, boa confiabilidade, boa usabilidade e boa eficiência.

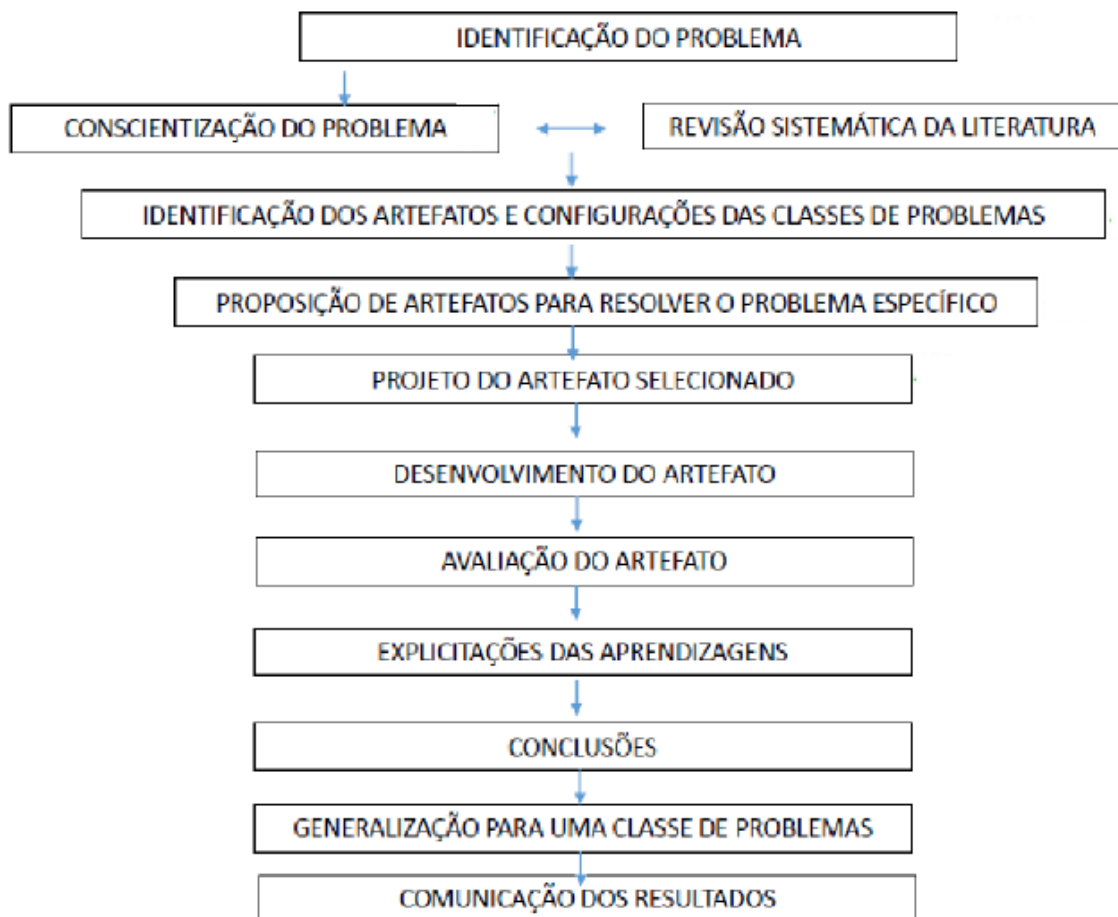
PALAVRAS CHAVE: Aplicativos móveis; Doenças Transmissíveis; Prisioneiros; Tecnologia.

CAPÍTULO III
PRODUÇÃO TÉCNICA

1 DESENVOLVIMENTO DO APLICATIVO

O App para *smartphone* desenvolvido ao longo desse projeto utilizou a metodologia DSR que envolve doze etapas: identificação do problema, conscientização do problema, revisão sistemática, identificação de artefatos, configuração das classes de problemas, proposição de artefatos para resolver o problema específico, projeto do artefato, desenvolvimento do artefato, avaliação do artefato, explicitações de aprendizagem, conclusão, generalização para uma classe de problemas e comunicação dos resultados (Figura 1) . O artefato é o objeto de inovação, no caso desta pesquisa o App.

Figura 1 – Fluxograma das etapas do método *Design Science Research (DSR)*



Fonte: DRESCH; LACERDA; ANTUNES, 2015.

As etapas apresentadas por Koepp (2019) foram utilizadas no desenvolvimento e avaliação do App chamado de PPLife, a partir da adaptação de Dresch, Lacerda e Antunes

(2015). Todas as etapas possuem relevância científica, de forma que nenhuma delas pode ser excluída do processo, conforme segue:

1ª etapa – é a “IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA”, que inclui a justificativa, com clareza e objetividade;

2ª etapa – é a “CONSCIENTIZAÇÃO DO PROBLEMA”, que consiste na busca incessante de informações, considerando a performance esperada do App.

3ª etapa – é a “REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA”, que permite acesso ao conhecimento existente em relação ao problema, podendo modificar o rumo do projeto, caso seja encontrada publicação com artefato semelhante ao que está em fase de desenvolvimento;

4ª etapa – é a “IDENTIFICAÇÃO DOS ARTEFATOS E CONFIGURAÇÃO DAS CLASSES DE PROBLEMAS”, na qual é possível identificar as melhores soluções para o problema em relação ao que já foi produzido, proporcionando maior assertividade;

5ª etapa – é a “PROPOSIÇÃO DE ARTEFATOS PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA”, consiste na proposta do App, considerando sua utilização, a fim de propor soluções aos problemas identificados;

6ª etapa – é o “PROJETO DO ARTEFATO SELECIONADO”, considerando as características internas e externas do contexto no qual o artefato está sendo desenvolvido e contempla a descrição rigorosa dos procedimentos de construção e avaliação do artefato, que permite a sua replicação e apresente perspectivas de desempenho esperado do produto.

7ª etapa – é o “DESENVOLVIMENTO DO ARTEFATO”, com a construção do ambiente interno do App, considerando melhorias e novas propostas. No encerramento dessa etapa, o App apresenta-se funcional, e a descrição da sua construção se constitui como contribuição ao conhecimento;

8ª etapa – é a “AVALIAÇÃO DO ARTEFATO”, na qual será verificada a sua funcionalidade e pode ser realizada em ambiente real ou experimental. Os resultados da avaliação precisam estar descritos, assim como, todas as alterações realizadas;

9ª etapa – é a “EXPLICITAÇÃO DAS APRENDIZAGENS”, onde o pesquisador apresenta fatores de sucesso e insucesso, a fim de subsidiar a construção do conhecimento;

10ª etapa – é a “CONCLUSÃO”, na qual devem ser mencionados os resultados obtidos e as limitações da pesquisa. Podem surgir novos *insights*, que irão desencadear o método DSR novamente;

11ª etapa – é a “GENERALIZAÇÃO PARA UMA CLASSE DE PROBLEMAS”, e representa o compartilhamento das soluções encontradas;

12ª etapa – é a última etapa, a “COMUNICAÇÃO DOS RESULTADOS” por meio de artigos e outros trabalhos científicos de relevância acadêmica.

Cada uma das etapas apresentadas possui um resultado esperado, denominado saídas no DSR, cujo rigor metodológico define o sucesso ou o insucesso do projeto, que no caso de falha, pode gerar um App sem produção de conhecimento, ou a produção de conhecimento sem o desenvolvimento do artefato (BAX, 2013). Na sequência serão apresentadas as saídas e a discussão de cada etapa do DSR.

1.1 Identificação do Problema: a saída é a questão de pesquisa formalizada.

O pesquisador vai justificar o estudo a partir da compreensão do problema e definir a questão da pesquisa (PEFFERS et al., 2007). O problema em questão está relacionado à alta incidência de doenças infectocontagiosas como TB, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C nas instituições penais e a dificuldade que algumas equipes encontram no manejo e controle dessas doenças no sistema prisional.

O APP PPLife propõe acesso ao conteúdo informativo elaborado para os profissionais que trabalham nas instituições penais, sejam eles da saúde ou da segurança, abordando especificidades das doenças infectocontagiosas na PPL. O APP PPLife vai funcionar como guia de bolso, onde os profissionais possam encontrar informações rápidas e precisas, em conteúdo de fácil entendimento, aprovados pelos principais nomes das políticas de saúde no estado do RS.

1.2 Conscientização do problema: a saída é a formalização das etapas do problema a ser solucionado, considerando as suas fronteiras externas e determinação dos objetivos que o artefato deverá seguir.

O autor deverá buscar o maior número de informações possíveis em relação ao problema, no caso desse App o estado da arte está apresentado no Capítulo I, no qual, encontram-se detalhadas as doenças infectocontagiosas mais prevalentes da PPL, a citar: TB, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C.

1.3 Revisão Sistemática: a saída é busca de material já publicado para comprovar a inovação e ineditismo da atual pesquisa.

Faz-se necessário verificar a existência de App que abordem o assunto em questão por meio revisão sistemática de literatura, considerando avaliações de qualidade dos App durante a sua elaboração/validação (BAX, 2013; DRESCH; LACERDA; ANTUNES, 2015).

A Revisão Sistemática apresenta papel decisivo na comprovação da inovação, demonstrando a existência ou não de App semelhantes ao proposto, identificando o conhecimento publicado sobre o tema e soluções identificadas anteriormente. A Revisão Sistemática consiste em “estudos secundários que pretendem sumarizar evidências existentes sobre a associação entre uma exposição e os desfechos, por meio de metodologia confiável, rigorosa e reprodutível” (BRASIL, 2014b, p. 13). O pesquisador deve apresentar uma descrição detalhada da forma de extração dos artigos e da seleção dos dados, com a finalidade de identificar, avaliar e sintetizar as principais contribuições sobre o tema.

A Revisão Sistemática está apresentada no Capítulo II, Artigo IV – APLICATIVOS RELACIONADOS AO CUIDADO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSÍNTESE e seguiu as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa – PICO; cadastro no PROSPERO (Figura 2) (ANEXO J), busca de artigos nas bases de dados definidas, extração dos dados dos artigos incluídos, metateoria, metamétodo, metassíntese, escrita a partir do protocolo PRISMA e formatação do artigo.

Figura 2 – Registro da Revisão Sistemática no PROSPERO

The screenshot shows the PROSPERO website interface. At the top left is the NIHR logo (National Institute for Health Research). At the top right is the PROSPERO logo (International prospective register of systematic reviews). Below the logos is a green navigation bar with links: Home | About PROSPERO | How to register | Service information | Search | My PROSPERO | Logout: Karine Ely. Below the navigation bar are two buttons: "Register your review now" and "Edit your details". Below the buttons is a section titled "You have 2 records" and "Records that are being assessed". A note states: "These records have been submitted for publication and are being assessed by the editorial team. You cannot make changes to these records while they are going through the editorial process." Below the note is a table with the following data:

ID	Title	Status	Last edited
366972	APPLICATIONS RELATED TO HEALTH CARE IN THE PRISON SYSTEM: SYSTEMATIC REVIEW	Not yet registered	12/10/2022

Fonte: NIHR. National Institute for Health Research.

1.4 Identificação dos artefatos e configurações das classes de problemas: a saída é a compreensão dos problemas a serem trabalhados na pesquisa.

Lacerda e colaboradores (2013) orientam que a classe de problemas deve ser definida na concepção do estudo, objetivando soluções para essa classe. O caminho para determinar a classe de problemas segue o seguinte fluxo (DRESCH; LACERDA; ANTUNES, 2015; LACERDA et al., 2013):

- 1º) Identificação do problema a ser pesquisado;
- 2º) Realizar a Revisão Sistemática;
- 3º) A Revisão Sistemática possibilita a identificação de problemas similares;
- 4º) Identifica-se a existência de artefatos semelhantes;
- 5º) Se surgir um artefato pronto ou ideal para o problema pesquisado;
- 6º) Abandona-se a pesquisa por não apresentar ineditismo/ relevância científica;
- 7º) A pesquisa é considerada relevante, caso não for encontrada uma solução para o problema pesquisado;

8º) Determina-se a classe de problemas.

Assim, a classe de problemas ficou definida da seguinte forma:

1º) Inexistência de um método rápido de pesquisa, que aborde as doenças infectocontagiosas na PPL e que não necessite da internet para funcionamento;

2º) Realizar a Revisão Sistemática;

3º) Inexistência de materiais e orientações específicas para a saúde no contexto prisional;

4º) App com base científica descrita;

5º) Não foram identificados App referentes às doenças infectocontagiosas na PPL;

6º) A pesquisa é inédita;

7º) A pesquisa é considerada relevante, pois não se encontrou solução para o problema pesquisado;

8º) Determina-se a classe de problemas:

- Orientações específicas referente às principais doenças infectocontagiosas que atingem a PPL: TB, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C;
- Fluxogramas de diagnósticos de TB, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C;
- Painel de Bordo com indicadores e metas operacionais para cada doença: TB, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C.

Definida a classe de problemas, torna-se necessário refletir sobre sua utilidade, sobre o Sistema operacional que irá operar, bem como os dados dos usuários captados dos usuários do Sistema.

1.5 Proposição de artefatos para resolver o problema específico: a saída é a compreensão e definição das soluções a serem utilizadas com o artefato.

Para Koepp (2019), o pesquisador propõe o App baseado no seu conhecimento, realidade de pesquisa, contexto de atuação e viabilidade, com o objetivo de encontrar soluções satisfatórias e viáveis.

A proposta do artefato é: desenvolver um App para *smartphones* que possam fornecer informações confiáveis sobre TB, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, bem como os fluxogramas diagnósticos e o cálculo dos indicadores operacionais.

O APP será testado em viabilidade e funcionabilidade por profissionais da segurança e da saúde no sistema prisional, além de especialistas em informática, sendo 8 representantes de cada segmento. O experimento prático foi realizado durante o II Congresso de Políticas Públicas e Participação Social na UNISC.

1.6 Projeto do artefato selecionado: a saída é a proposição de soluções com o artefato selecionado.

Determinado o projeto, inicia-se a produção de conhecimento e conteúdo do App, com buscas em fontes confiáveis. Além da pesquisa realizada em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, incluindo Manuais e Boletins Epidemiológicos, e artigos científicos com Qualis acima de B2, o material passou por revisão rigorosa de especialistas em cada área do conhecimento, incluindo as coordenações estaduais de políticas públicas da SES/RS e do município de Porto Alegre/RS.

O Design Pedagógico contemplou a integração entre fatores técnicos, gráficos e pedagógicos. Os fatores pedagógicos tratam do conteúdo, suas interações e interatividade; os fatores gráficos referem-se às figuras e uso de imagens; e os fatores técnicos estão associados ao poder de navegação e usabilidade da ferramenta *off-line* (KOEPP, 2019).

O conteúdo abordado no App está apresentado em duas telas informativas e uma tela interativa. As telas informativas, referem-se aos conceitos e fluxogramas de diagnóstico, a tela interativa apresenta o Painel de Bordo com o cálculo de indicadores, com suas respectivas metas (ANEXO K).

1.7 Desenvolvimento do artefato: a saída é o apontamento do desempenho esperado do artefato, a fim de assegurar que a solução satisfatória seja alcançada.

Está é a fase na qual é construído o ambiente interno do App, com a sua estrutura funcional e linguagem de programação. Diversos programas para navegadores *web* podem ser utilizados com o objetivo de qualificar a interação e a interface com o usuário. Nesta fase também é construída a estrutura lógico do App e o sequenciamento de telas (KOEPP, 2019).

1.8 Avaliação do artefato: a saída é a avaliação das funcionalidades e descrição da construção.

A avaliação do artefato tem como finalidade a resolução das classes de problemas definidas na etapa 4. A avaliação deve ser rigorosa para comprovar a viabilidade e cientificidade (KOEPP, 2019). As avaliações também podem ser realizadas em vários momentos, e de diversas formas: parcial, descritiva, observacional, analítica, experimental e por meio de testes funcional e estrutural. O teste estrutural refere-se ao software e o teste funcional verifica se atende os parâmetros desejados para o usuário (DRESCH; LACERDA; ANTUNES, 2015).

1.9 Explicações de aprendizagens: a saída é a descrição das limitações e condições de uso em ambiente externo.

Essa etapa é importante para discussão dos resultados, considerando as avaliações, as inovações e a contribuição para o conhecimento, possibilidades e perspectivas futuras (KOEPP, 2019).

1.10 Conclusões: a saída é a descrição detalhada dos objetivos alcançados e não alcançados.

Quando os objetivos são alcançados e o App é encaminhado para fase final de validação é relevante destacar onde o artefato será disponibilizado para Download, se haverá custos para utilização e de que forma ele poderá ser aprimorado (KOEPP, 2019).

1.11 Generalização para uma classe de problemas: a saída é a indicação de uso do artefato.

Fase na qual cada classe de problemas deve ser abordada com a finalidade de verificar se houve contribuição para sua solução.

1.12 Comunicação dos resultados: é a publicação obrigatória de resultados alcançados e não alcançados.

CAPÍTULO IV
CONCLUSÕES GERAIS

CONCLUSÕES GERAIS

- O estudo atingiu seu objetivo geral que era contribuir com a gestão, atuando em três frentes no escopo da saúde prisional, citando o monitoramento e avaliação por meio de indicadores específicos de doenças infectocontagiosas para a PPL; o desenvolvimento de um programa de educação permanente em saúde voltado aos profissionais da saúde e segurança das instituições penais e o desenvolvimento de um App para apoio aos profissionais do sistema prisional;
- Os indicadores de TB e HIV são indicadores operacionais oficiais adaptados para a PPL; os indicadores de sífilis, hepatite B e hepatite C foram desenvolvidos exclusivamente para esta finalidade. A decisão dos indicadores utilizados, cálculo e metas passaram pela avaliação de integrantes de programas e políticas públicas de saúde à citar: Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; Programa Estadual de Controle da TB; Política Estadual de IST/Aids; Câmara Técnica HIV; e Programa de Hepatites Virais do município de Porto Alegre, portanto são indicadores validados por especialistas. O monitoramento e avaliação desses indicadores por meio do Painel de Bordo pode ser inserido na rotina das Unidades de Saúde Prisionais, para que as eAPP tenham autonomia e possam realizar o planejamento estratégico de forma independente e dinâmica. Os indicadores estão apresentados no Quadro 1 do Manuscrito 5;
- Quanto à avaliação da cura da TB, efeito das políticas públicas e estratégias direcionadas se sobrepõem à dimensão individual na PPL do RS.
- A EPS é uma estratégia eficaz, o desenvolvimento virtual é possível e gera bons resultados, desde que respeitados os seus princípios, que vão ao encontro da efetivação do SUS, principalmente no que se refere à integralidade, incluindo a interdisciplinaridade (integração de diferentes campos de conhecimentos), a interprofissionalidade (interação entre diferentes núcleos profissionais) e a intersetorialidade (integração entre diversos setores da sociedade).
- A EPS proporciona diálogos entre profissionais da saúde e da segurança, e destes com gestores, controle social e instituições de ensino superior, de forma que estes atores sociais sejam fortalecidos e encontrem voz e empoderamento para sua atuação profissional e na defesa dos direitos sociais. A organização interdisciplinar, interprofissional e intersetorial possibilitou reflexões sobre a práxis e avanços do conhecimento, promovendo mudanças, integração com a RAS e transformações na saúde prisional do RS, tornam-se um importante dispositivo para apontar caminhos e novas formas de fazer saúde;

- O App **PPLife** foi desenvolvido para fornecer informações úteis e confiáveis para os trabalhadores do sistema prisional, referente ao controle de doenças infectocontagiosas, pautado na rigorosa metodologia DSR. A avaliação funcional do APP demonstrou boa funcionabilidade, boa confiabilidade, boa usabilidade, boa eficiência para os profissionais do sistema prisional.
- App informativos contribuem com o trabalho dos servidores do sistema prisional, sejam eles da saúde ou da segurança, democratizam o conhecimento e possibilitam acesso às informações restritas naquele ambiente. Além disso, promove autonomia para que as equipes possam realizar planejamento estratégico e gestão compartilhada por meio do monitoramento e avaliação de indicadores;
- A integração entre o monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde são de grande importância para o controle das doenças infectocontagiosas no sistema prisional. Ofertar informação e meios para as equipes de saúde desenvolver um trabalho com maior autonomia pode impactar de forma positiva no cuidado, colaborando para as estratégias globais e a Agenda 2030.

CAPÍTULO V
NOTA À IMPRENSA

NOTA À IMPRENSA

Grupo de Pesquisa do PPG em Promoção da Saúde participa de evento internacional

Publicado por: Bruna Lovato

Publicado em: 27/03/2023



Atividade teve a participação de diversos países entre os dias 20 e 21 de março

O Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (PPGPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), participou do IV Congresso Internacional Punição e Controle Social e Workshop Saúde e Mortalidade no Sistema Penal, realizado nos dias 20 e 21 de março, na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). O PPGPS esteve representado pela doutoranda Karine Zenatti Ely e pela orientadora, professora Lia Possuelo, integrantes do Núcleo de Pesquisa e Extensão com Foco no Sistema Prisional (NUPESISP).

Durante o evento, as participantes da Unisc apresentaram resultados referentes à pesquisa de doutorado vinculada ao projeto financiado pelo edital da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) de 2020. O trabalho teve como título *“Fortalecimento das ações de controle das doenças infecciosas no sistema prisional do Rio Grande do Sul: vigilância epidemiológica, educação permanente e tecnologias em saúde no Grupo de Trabalho Sistema Penal e Saúde”*. Na oportunidade, além dos resultados da pesquisa, também foi apresentado o aplicativo PPLife, desenvolvido pelo grupo de pesquisa e o Manual do Competi TB.

Intercâmbio de ideias

Durante dois dias, os participantes estiveram reunidos em mesas redondas, oficinas e grupos de trabalho. Com caráter internacional, o IV Congresso contou com a participação de diversos países como Angola, Moçambique, Uruguai, Argentina, Reino Unido e Espanha, além de vários estados brasileiros. Para as representantes santa-cruzenses, a participação no evento foi de grande importância para conhecer informações do sistema penal de diversos países e estados brasileiros, além de dialogar e compartilhar conhecimento com o núcleo do direito. Os entendimentos sobre saúde e doença puderam ser discutidos e alinhados alguns conceitos, visto que a diversidade profissional tem entendimentos diversos sobre morbidade e mortalidade.

Gabriel Fuelber

Estagiário de Jornalismo supervisionado pela jornalista Bruna Ortiz Lovato MTB/RS 14152

CAPÍTULO VI
RELATÓRIO DE CAMPO

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Essa Tese de Doutorado representou a continuidade de atividades e pesquisas desenvolvidas durante o Mestrado em Promoção da Saúde na UNISC, no qual foi realizado o diagnóstico situacional das doenças infectocontagiosas na PPL do Rio Grande do Sul. A proximidade e desenvolvimento conjunto de trabalhos anteriores possibilitaram esse novo desafio, que foi abraçado pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, incluindo o Departamento de Atenção Básica e o Centro de Vigilância em Saúde, e a Secretaria de Justiça e Sistema Penal e Socioeducativo, tendo como principal colaboradora a SUSEPE.

Enquanto a pesquisa de mestrado identificou lacunas importantes que refletem diretamente no cuidado em saúde da PPL do estado; a pesquisa e intervenções do Doutorado propuseram alternativas à essas lacunas. Essa pesquisa-intervenção foi estruturada em três eixos, com objetivos e ações específicos em cada uma delas.

O Eixo 1 trata do Monitoramento e Avaliação de Indicadores relacionados ao controle de doenças infectocontagiosas na PPL do Rio Grande do Sul. Nessa perspectiva foram realizadas reuniões virtuais e debates com pessoas chaves na condução da política de TB, HIV/Aids, sífilis e hepatites virais no estado. Alguns indicadores já existem, outros tiveram que ser construídos ou adaptados à realidade da PPL. Os indicadores elencados, juntamente com o seu método de cálculo e interpretação dos resultados constam no APP desenvolvido no Eixo 3.

A determinação dos indicadores ocorreu após intenso debate, pois entende-se que as particularidades da PPL não permitam o mesmo tipo de monitoramento e avaliação da população geral. O cálculo de incidência pode não fazer sentido quando realizado para uma instituição prisional de pequeno porte, com menos de 100 pessoas, por exemplo. Dessa forma, entendeu-se, que indicadores operacionais, que pudessem avaliar o trabalho das equipes de forma que fizessem sentido para cada uma delas, fosse o melhor caminho a seguir. Os trabalhadores também foram chamados a participar, pois esse foi o tema de uma das *lives* da EPS, e pode ser debatido em algumas Rodas de Conversa Virtuais do Eixo 2.

No Eixo 2 foi planejado, implementado, executado e avaliado um Programa de Educação Permanente em Saúde direcionado ao sistema prisional (PEPSSP) com mais de 500 participantes dos campos da saúde e segurança pública, gestão, formação e controle social no segundo semestre de 2021. Foram realizadas 11 *Lives* transmitidas e gravadas no canal Ao Vivo UNISC, algumas dessas *lives* já tem mais de mil visualizações. Paralelamente foram

organizadas Rodas de Conversa Macrorregionais para discutir e propor soluções aos problemas encontrados nas diferentes regiões do estado. No ano de 2022, o Programa teve continuidade por meio do 1º Competi-TB – 1ª Competição em Saúde Contra a Tuberculose no Sistema Prisional. O Competi-TB é uma gincana virtual com desafios propostos, avaliados e pontuados por meio digital. O manual da Competição para prevenção da TB na rede de saúde prisional – da criação à avaliação: memórias e aprendizados, pode ser encontrado no link <https://redetb.org.br/competicao-para-prevencao-da-tuberculose-na-rede-de-saude-prisional-da-criacao-a-avaliacao-memorias-e-aprendizados/> O Programa de Educação Permanente em Saúde Sistema Prisional foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como prática exitosa por meio da publicação na Curadoria de Experiências em Saúde Prisional (CESP) (ANEXO L).

O desenvolvimento do Programa de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi um grande desafio, pois o planejamento anterior estava voltado à realização de oficinas presenciais, em pontos estratégicos do Estado, utilizando metodologias ativas de aprendizagem. O planejamento não pode ser cumprido em virtude do distanciamento social imposto pela Pandemia da Covid-19. Foi necessário realizar uma readaptação ao modo virtual, com o grande desafio de não se tornar um Programa de Educação Continuada, que tem suas fortalezas, mas não era o objetivo desse projeto. A grande vantagem da EPS é que ela permite um planejamento estratégico e que a programação pode ser ajustada e moldada, de acordo com a resposta dos participantes. Assim, a cada *live* e a cada roda de conversa, novas ideias surgiam e iam sendo implementadas, como por exemplo o convite para relato de experiência durante as *lives* e as discussões paralelas que aconteciam nos *chats*.

O terceiro Eixo propôs o desenvolvimento de um App referente às principais doenças infectocontagiosas que atingem a PPL, por meio da metodologia DSR. O App surgiu como proposta informativa, mas o amadurecimento das ideias e a discussão com os profissionais levou o grupo a propor uma tela interativa para o cálculo dos indicadores de saúde na PPL e o Painel de Bordo, que identifica o desempenho de cada equipe em relação aos indicadores avaliados (ANEXO M).

Esse foi sem dúvida, o maior desafio, pois destinava-se a incluir os dois Eixos anteriores, e houve necessidade de discutir questões técnicas com bolsistas e docentes do Curso de Engenharia da Computação, considerando a linguagem de programação. Houve inúmeras propostas e mudanças de *layout* até se definir a forma como as informações seriam apresentadas. Nesse tempo, houve troca de bolsista por três vezes, o que atrasou a execução do projeto e, por vezes, parecia que não iria se concretizar.

Paralelamente ao trabalho planejado, foram desenvolvidas inúmeras reuniões virtuais e participações em Congressos e Eventos On-line e colaboração em artigos referentes ao tema da pesquisa. Foi escrito um capítulo de livro intitulado PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL, que se encontra publicado no e-book EDUCAÇÃO E SAÚDE: REFLEXÕES E EXPERIÊNCIAS EDUCATIVAS (ANEXO N), além de outras tantas publicações. Cabe destaque à participação em dois artigos temáticos na Revista Ciência e Saúde Coletiva, com Qualis A1, publicados em dezembro de 2022. (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/equipas-de-atencao-primaria-prisional-e-a-notificacao-de-tuberculose-no-rio-grande-do-sulbrasil/18440?id=18440>) e (<https://www.scielo.br/j/csc/a/JFXF4HHVJk3PZH3qvxQzCFh/>)

O estágio de docência desenvolvido no início do Doutorado possibilitou a vivência de um momento novo, não somente no campo da educação, mas também em virtude das restrições impostas pela Pandemia da Covid-19. As aulas, trabalhos e avaliações da disciplina de Epidemiologia do Curso de Enfermagem da UNISC se deram integralmente no formato on-line, utilizando uma metodologia adaptada das aulas presenciais.

Outra oportunidade extremamente relevante foi a Co-orientação de uma aluna da graduação do curso de farmácia que desenvolveu a sua pesquisa no Presídio Regional de Santa Cruz do Sul, foi aprovada com muitos elogios e apresentou como resultado um artigo científico que está em fase de aprimoramento para publicação com o título INCIDÊNCIA DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NO SISTEMA PRISIONAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19.

Cabe destacar apoio financeiro do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) para o desenvolvimento da pesquisa, arcando com as despesas de desenvolvimento do App, assim como o financiamento da FAPERGS para o II Congresso Estadual de Políticas Públicas e Participação Social no Sistema Prisional, organizado pelo grupo de pesquisa NUPESISP, com apoio da SJSPS.

O II Congresso Estadual de Políticas Públicas e Participação Social ocorreu nos dias 09 e 10 de novembro de 2022 e concretizou o grupo de pesquisa NUPESISP como articulador e promotor de conhecimento nos campos da pesquisa, intersectorialidade e políticas públicas. Participantes de todo o Brasil participaram, interagiram e avaliaram muito bem o evento e as atividades desenvolvidas. Na oportunidade, além da organização do evento, participação em atividades no palco principal e Workshops, foi possível recrutar profissionais para a avaliação do App. Foi organizado um espaço no Centro de Convivência da UNISC, junto com outras

atividades, para que os participantes pudessem sentir confortavelmente, manusear o App PPLife e responder o formulário de avaliação. Foi um momento importante, de muita interação com os avaliadores, no qual eles puderam falar sobre a importância do App, dúvidas, solicitações e sugestões de melhoria. Foi nesse momento que apareceu questões como o botão de ajuda, o tutorial, a necessidade de acessibilidade, contemplando pessoas que tem dificuldade de leitura no smartphone. Assim, foram gravados os *podcast* e inseridos no PPLife.

Para encerrar, é importante destacar os aprendizados, as oportunidades e as vivências, em um grupo de pesquisa que se constituiu durante o percurso e que hoje tem uma grande representatividade. O número de pessoas se ampliou, as atividades abraçadas e as parcerias que são excepcionais. Um grupo coeso, onde todos se ajudam e não medem esforços para realização de todas as atividades propostas. Aqui não se aprende somente questões de formação, se aprende questões para a vida, trabalho em equipe, organização, auxílio aos colegas e resolução de problemas de forma coletiva, tal qual prega a EPS.

CAPÍTULO VII
PERSPECTIVAS

PERSPECTIVAS

As perspectivas são promissoras frente ao trabalho desenvolvido e as alianças intersetoriais. Acredita-se no fortalecimento da EPS, na gestão compartilhada com as eAPP e na qualificação do cuidado em saúde para todas as pessoas. Entende-se que os foram apontados alguns caminhos e alternativas, mas há muito o que se contruir e fortalecer na saúde prisional. É necessário pensar e desenvolver ações voltadas ao cuidado de doenças crônicas e não transmissíveis, à saúde mental, à saúde bucal, à saúde da mulher, à saúde do trabalhador e para além da doença, propor ações de prevenção, proteção e promoção da saúde.

Quanto às ações desenvolvidas, espera-se que o monitoramento e avaliação de indicadores seja incorporado à gestão das instituições penais e a partir do Painel de Bordo possa se pensar estratégias e planejar o alcance das metas propostas.

O PEPSSP deixa um importante legado, com 11 *lives* gravadas pelo Canal Ao Vivo UNISC, compostas de conteúdo teórico desenvolvido por muitos profissionais, de diversas áreas e que englobam o conteúdo sugerido pelos próprios trabalhadores em tomada de opinião anterior ao planejamento do programa. Como desdobramento do PEPSSP, foi desenvolvido o 1º Competi TB, que foi uma gincana totalmente virtual para as 19 equipes competidoras.

A App PPLife foi desenvolvido especialmente para os profissionais do sistema prisional e espera-se que ele possa ser aplicado na prática do cotidiano. Ele traz as principais informações das doenças infectocontagiosas elencadas para essa pesquisa e que apresentam alta prevalência no sistema prisional: TB, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, com os respectivos fluxogramas de diagnóstico e o Painel de Bordo para cálculo dos indicadores. Essa ferramenta pode ser muito útil e auxiliar as equipes no cuidado, gestão e planejamento em saúde e em breve estará disponível gratuitamente para *Download* no *AppStore*.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. C. C. et al. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 2125-2132, 2014.

ALLGAYER, M. F. et al. Tuberculose: vigilância e assistência à saúde em prisões. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, n. 5, p. 1304-1310, 2019. (Qualis B1) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0260>

ASSUMPÇÃO, Ismael. Interdisciplinaridade: uma tentativa de compreensão do fenômeno. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (org.). *Práticas interdisciplinares da escola*. São Paulo, Cortez, 2011.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. Do plano à política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1429-1439, 2016.

BATISTA, L. E. et al. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 3, p. e190151, 2020. (Qualis B1) <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151>

BATISTA, M. I. H. M. et al. Alta prevalência de sífilis em unidade prisional feminina do Nordeste brasileiro. *Einstein*, São Paulo, v. 18, 2020. (Qualis B1) https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4978

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39204/O%20territ%C3%B3rio%20e%20o%20processo%20sa%C3%BAde-doen%C3%A7a%20-%20Abordagens%20Contempor%C3%A2neas%20do%20Conceito%20de%20Sa%C3%BAde.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BAX, Marcello Peixoto. Design Science: filosofia da pesquisa em ciência da informação e tecnologia. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 42, n. 2, p. 298-312, 2013.

BEZERRA, L. et al. Mobile applications in health care: an integrative review. *Revista Enfermagem Atual*, v. 93, n. 31, e-020047, 2020.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>>. Acesso em: 06 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Justiça. *INFOPEN*. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, 2017a. Disponível em: <https://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>>. Acesso em 30 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite B e coinfeções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano para eliminação da hepatite C no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de recomendações e controle da tuberculose no Brasil*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e coinfeções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Recomendações para o manejo de tuberculose e HIV/Aids no sistema prisional durante a pandemia do Covid-19*. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Saúde, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil 2020-2021*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *O que é prevenção combinada?* Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <

<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada#:~:text=A%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20Combinada%20%C3%A9%20uma,de%20determinados%20segmentos%20populacionais%20e>>. Acesso em: 11 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico: HIV/Aids 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, n. especial, 2022d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde: 2022e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico: Sífilis 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, n. especial, 2022f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico Hepatites Virais 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico: Tuberculose 2023*. Brasília: Ministério da Saúde, n. especial, 2023a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. *HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 29 fev. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim epidemiológico: Cinfecção TB/HIV, 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023c.

CARVALHO, V. F. C. et al. A coinfeção tuberculose/Hiv na perspectiva da qualidade de vida: revisão de escopo. *Reben*, v. 74, n. 3, p. e20200758.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. C. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. (Qualis B1).

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafios ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

COELHO, H. C. *Presença dos vírus HBV e HCV e seus fatores de risco nos presidiários masculinos da Penitenciária de Ribeirão Preto*. 2008. 133f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-15052008-140503/pt-br.php>>. Acesso em: 09 set. 2022.

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

COSTA, R. R. O. As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 13, n. 43, p. 30-36, 2015.

DEPEN. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Julho à Dezembro de 2021, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-analiticos/br/brasil-dez-2021.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2023.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis e infecção pelo HIV durante a gravidez em mulheres encarceradas e a incidência de sífilis congênita em nascimentos em prisões no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 11, p. e00183616, 2017.

DOTTA, R. M. et al. Equipes de Atenção Primária Prisional e a notificação de tuberculose no Rio Grande do Sul/Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 27, n. 12, p. 4415-22.

DRESCH, A.; LACERDA, D. P.; ANTUNES, J. A. V. J. *Desing Science Research: método de pesquisa para avanço da ciência e tecnologia*. Porto Alegre: Boolmann, 2015.

ELY, K. Z. et al. *Brazil. TB-free prisons in Southern Brazil*. In: Good Practices in the prevention and care of tuberculosis and drugresistant tuberculosis incorrectional facilities. WHO: Geneva, 2018a.

ELY, K. Z. et al. Sífilis na população privada de liberdade: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 8, n. 8, sup. 3, p. 39-47, 2018b.

ELY, Karine Zenatti. *Diagnóstico situacional das doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul (RS)*. 2019. 159f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2019.

ELY, K. Z. et al. Bacteriological diagnosis of tuberculosis in prison inmates: actions taken by the primary health care teams in prisons. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 46, n. 2, p. e20190179, 2020. (Qualis B1) <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20190179>

FAZENDA, I. C. A.; TAVARES, D. E.; GODOY, H. P. *Interdisciplinaridade na escrita científica*. São Paulo: Papirus, 2018.

FABRINI, V. C. N. et al. Cuidado a pessoas com tuberculose privadas de liberdade e a educação em saúde. *Trabalho, educação e Saúde*, v. 16, n. 3, p. 1057-1077, 2018.

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022. FBSP, 2022. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuário-2022.pdf?v=5>>. Acesso em: 21 ago. 2022.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 223-239, 2019.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

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

Conclusão do Curso de Farmácia – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016.

FORTUNA, C. M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2013.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia*. 15. ed. São Paulo, Paz e Terra, 2000.

GESINK, D. et al. Spatial epidemiology of the syphilis epidemic in Toronto, Canadá. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 41, n. 11, p. 637-648, 2014.

GTSC A2030. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<https://gtagenda2030.org.br/ods/>> Acesso em: 13 abr. 2023.

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

ISMAIL, N. et al. Leaving no one behind in prison: improving the health of people in prison as a key contributor to meeting the Sustainable Development Goals 2030. *BMJ Glob Health*, v. 6, n. 3, p. e004252, 2021. (Fator de impacto 8.056) <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004252>

JANNUZZI, P. M. *Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas*. Campinas: Alínea, 2016.

KOEPP, J. *Desenvolvimento de um aplicativo para classificação de lesões por pressão e indicação de coberturas*, 2019. 193f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/8871>>. Acesso em: 12 out. 2022.

LACERDA, D. P. *Design Science Research: A research method to production engineering*. *Gestão e Produção*, v. 20, n. 4, 2013.

LEMOS, C. L. S. *Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?* *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LIMA, S. A. V. *Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco*. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 425-441, 2014.

LIMA, A. P. S.; CHIANCA, T. C. M.; TANNURE, M. C. *Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 234-241, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0177.2547>

LOPES, R. L. et al. *Ocorrência de doenças infectocontagiosas em pessoas privadas de*

liberdade no sistema prisional. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, v. 7, n. 2, 2019. (Qualis B2) <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2019v7n2p%25p>

MABUD, T. S. et al. Evaluating strategies for control of tuberculosis in prisons and prevention of spillover into communities: an observational and modeling study from Brazil. *PLoS Medicine*, v. 16, n. 1, p. e1002737, 2019.

MACIEL, E. L. N.; GONCALVES JUNIOR, E.; DALCOLMO, M. M. P. Tuberculose e coronavírus: o que sabemos? *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, e2020128, 2020. (Qualis B1) <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200010>.

MACIEL, E. L.; GOLUB, J. E.; SILVA, J. R. L.; CHAISSON, R. E. Tuberculosis: a deadly and neglected disease in the COVID-19 era. *J Bras Pneumol*. 2022;48(3):e20220056. (Qualis B1) <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20220056>

MACHADO, F. et al. Soroprevalência de infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em presidiários da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *O Mundo da Saúde*, v. 43, n. 1, p. 117-128, 2019. (Qualis B2) <http://doi.org/10.15343/0104-7809.20194301117128>

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

MAGRI, M. C. et al. Prevalence of hepatitis C virus in Brazil's inmate population: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, n. 42, p. 1-10, 2015. (Qualis B1) <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005886>

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.

MCDOWELL, I. et al. On the Classification of Population Health Measurements. *The American Journal of Public Health*, v. 94, n. 3, p. 388-393, 2004. (Qualis A1) <http://doi.org/10.2105/ajph.94.3.388>

MÉNDEZ-SAMPERIO, Patrícia. Diagnosis of tuberculosis in HIV Co-infected individuals: current status, challenges and opportunities for the future. *Scandinavian Journal of Immunology*, v. 86, n. 2, p. 76-82, 2017.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, jul. 2016. (Qualis B1) <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>

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

MISCHIMA, S. M. et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 4, p. 665-673, 2015.

NIHR. National Institute for Health Research. PRÓSPERO. International prospective register of systematic reviews. 2022. Available from: <<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>>. Asses in: 13 oct. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS; 2018.

PEFFERS, K. et al. Metodologia de Pesquisa em Design Science para Pesquisa de Sistemas de Informação. *Journal of Management Information Systems*, v. 24, n. 3, p. 45-78, 2007.

PEREIRA, V. C.; SALOMON, F. C. R.; SOUZA, A. B. Criteria for decision-making regarding health technology incorporation in Brazil and throughout the world. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, sup. 4, p. 3066-3093, 2015.

PESSONI, G. C. Rastreamento sorológico e epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite B em reeducandas do complexo prisional da região metropolitana de Goiás. 2010. 67 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/713>>. Acesso em: 06 set. 2022.

PUGA, M. A. M. et al. Prevalence and incidence of HCV infection among prisoners in central Brazil. *PloS One*, v. 12, n. 1, p. e0169195, 2017. (Fator de impacto 2.806) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169195>

QUEIROZ, I. T.; COURAS, S.; CABRAL, D. Micro-elimination of hepatitis c in the incarcerated population: is it really possible? *Arquivos de gastroenterologia*, v. 58, n. 3, p. 399-401, 2021. (Qualis 2) <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202100000-67>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde (SES). Atenção Básica do RS: Saúde da População Prisional, [s.d.]. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-prisional>>. Acesso em: 17 abr. 2023.

_____. Secretaria Estadual da Saúde (SES). *Saúde prisional*. Apresenta informações gerais sobre a Política de Saúde Prisional, 2021a. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/saude-prisional>>. Acesso em: 17 abr. 2023.

_____. Secretaria Estadual da Saúde (SES). Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. *Boletim Epidemiológico: HIV/Aids e sífilis*. ESP/RS, 2021b.

_____. Secretaria Estadual da Saúde (SES). Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. *Boletim Epidemiológico: Hepatites Virais*. ESP/RS, 2021c.

_____. SUSEPE. *Superintendência dos Serviços Penitenciários*. Apresenta informações gerais sobre a instituição, 2022a. Disponível em: <<http://www.susepe.rs.gov.br/capa.php>>. Acesso em: 21 ago 2022.

_____. Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS). Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). *Informe epidemiológico RS: tuberculose* (2022), 2022b. Disponível em: <

<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/17125927-informe-rs-tb-2022.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.

_____. Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS). Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). *Nota Informativa Conjunta N° 01/2022 - Vigilância Epidemiológica da Tuberculose (TB) na Saúde Prisional*, 2022c. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202205/04093246-nota-informativa-conjunta-n-01-2022-vigilancia-epidemiologica-da-tuberculose-na-saude-prisional.pdf>>. Acesso em: 10 outo. 2022.

ROSA, F. et al. Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 8, n.5, p. 557-560, set/out. 2012. (Qualis B2). <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000500012>

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

SANTOS, Z. M. S.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. *Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado*. Fortaleza: EdUECE, 2016.

SBIBAE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. PLANIFICASUS: guia introdutório para o monitoramento de indicadores. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2021. Disponível em: <<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=bf49a67e250c2ef9c2771918377543313e0c4954>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SCHWEICKARDT, J. et al. Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015.

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

SILVA, A. A. S. et al. Prevalência de hepatite B e fatores associados em presidiários. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 66-72, 2017. (Qualis B1) <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700010>

SILVA, A. M. A. et al. Tecnologias móveis na área de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 5, p. 2570-2578, 2018. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0513>

SOUZA, A. N. Monitoring and evaluation in primary care in Brazil: recent experience and challenges for its consolidation. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 1, p. 289-301, 2018. (Qualis B1). <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>

TIBES, C. M. S.; DIAS, J. D.; ZEN-MASCARENHAS, S. H. Mobile applications developed for the health sector in Brazil: an integrative literature review. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 479-486, 2014. <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20140035>

UNAIDS BRASIL. *Website institucional do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre*

HIV/AIDS (UNAIDS) no Brasil. Disponível em: <<http://unaids.org.br>>. Acesso em: 29 ago. 2022.

UNODC. Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crimes. *Regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de reclusos* (Regras de Nelson Mandela). Portugal, 2015. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf> Acesso em: 21 ago. 2022.

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

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

VALENTIM, J. L. R. S. et al. The relevancy of massive health education in the Brazilian prison system: The course “health care for people deprived of freedom” and its impacts. *Frontiers in Public Health*, v. 10, 2022. (Fator de impacto 6.461) <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.935389>

VECINA, G.; MALIK, A. M. *Gestão em Saúde*. 2 ed. Barueri: Guanabara Koogan, 2016.

WALTER, K. S. et al. The role of prisons in disseminating tuberculosis in Brazil: A genomic epidemiology study. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 9, p. 100186, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100186>

WHO. World Health Organization. *Prisons and Health*. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

WHO. World Health Organization. *Global hepatitis report, 2017*. Geneva: WHO, 2017. Available from: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565455>>. Acesso em: 06 set. 2022.

WHO. World Health Organization. *Global tuberculosis report, 2021*. Geneva: WHO, 2021. Available from: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1379788/retrieve>>. Acesso em: 29 ago. 2022.

WHO. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO, 2022. Available from: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1453332/retrieve>>. Acesso em: 04 set. 2022.

WHO. World Health Organization. *Global tuberculosis report, 2022*. Geneva: WHO, 2022. Available from: <<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>>. Acesso em: 13 abr. 2023.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EIXO 2 – PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado **CONTRIBUIÇÕES PARA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE PRISIONAL: monitoramento e avaliação, educação permanente e novas tecnologias em saúde, no EIXO 2 – Programa de Educação Permanente**. O objetivo geral desta pesquisa é contribuir para a gestão da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul e os objetivos específicos são: a) Tecer, juntamente com as EABp, o processo de trabalho e comunicação que promova o acesso à informação; b) Construir e utilizar indicadores de saúde prisional para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas EABp, utilizando o Painel de Bordo; c) Realizar o monitoramento periódico das prevalências de HIV/Aids, sífilis e TB na PPL atendida pelas EABp, por meio do SINAN, SICEL e SICLOM; d) Fomentar a integração entre assistência, ensino, gestão e controle social; e) Integrar as EABp na rede de saúde municipal e estadual; f) Desenvolver e avaliar um plano de educação permanente com foco nas doenças infectocontagiosas para as EABp; g) Propor a constituição de um grupo condutor de saúde prisional, conforme prevê a PNAISP; h) Desenvolver um aplicativo para smartfone com informações referentes à TB, sífilis, HIV e o Painel de Bordo com os indicadores selecionados para as EABp; i) Produzir materiais impressos para as EABp e para a gestão em saúde prisional. A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. A pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa é Karine Zenatti Ely, que poderá ser contatada a qualquer tempo através do número (54)991171771 com orientação da Professora Lia Possuelo.

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa e foi convidado a participar da Roda de Conversa da sua Macrorregião de Saúde com duração de 2 horas. Com a sua autorização a reunião virtual, disponibilizada via “meeting” será gravada e algumas falas poderão ser utilizadas para fins de pesquisa científica, sem identificação dos participantes.

Nessa condição, você estará sujeito à pequenos riscos, tais como: registro da reunião; constrangimento; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; dispor do seu tempo. Para evitá-los será assegurada a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico/ financeiro. Os pesquisadores estarão atentos a sinais verbais e não verbais de desconforto. A sua participação trará benefícios, como oportunidade de participar do Programa de Educação Permanente, que irá instrumentalizá-los para identificação, controle e prevenção das doenças infectocontagiosas, desenvolvendo reflexões acerca deste estudo e suas práticas no âmbito prisional. O registro (gravação) da Roda de Conversa não será

divulgada – nem parcialmente.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu 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.

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

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Res. CNS 466/12,VII.2). Os CEPs responsáveis pela apreciação deste projeto poderão ser consultados, para fins de esclarecimentos através dos telefones:

- CEP da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) - (51) 3717-7680;
- CEP da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS) - (51) 3901-1532.

Local:

Data:

Nome do voluntário

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - UNISC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÕES PARA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE PRISIONAL: monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde

Pesquisador: KARINE ZENATTI ELY

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36932820.2.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.251.658

Apresentação do Projeto:

A gestão estadual da saúde prisional é representada pela Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e tem por objetivos garantir o acesso, a integralidade e o cuidado em saúde de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Os municípios que realizam adesão ao PNAISP recebem incentivos financeiros para implantação de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp), que são constituídas de forma multiprofissional e comprometidas com ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças mais prevalentes na População Privada de Liberdade (PPL) (BRASIL, 2014; LERMEN et al., 2015; RIO GRANDE DO SUL, 2019a). A pesquisa tem por objetivo contribuir para a gestão da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, constituída em três eixos. O EIXO 1 corresponde ao Monitoramento & Avaliação, no qual os dados secundários serão coletados nos sistemas oficiais de informação – SINAN, SICLOM e SISCEL. O EIXO 2 propõe a construção e execução de um plano de educação permanente para as EABp do Rio Grande do Sul, com desenvolvimento de oficinas regionais ou virtuais e produção de materiais impressos. Serão convidados a participar os gestores, profissionais da saúde e segurança, comunidade acadêmica e controle social. O EIXO 3 refere-se ao desenvolvimento de um aplicativo para smartfone a partir da metodologia DSR que envolve doze etapas: identificação

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



Continuação do Parecer: 4.251.658

do problema, conscientização do problema, revisão sistemática, identificação de artefatos, configuração das classes de problemas, proposição de artefatos para resolver o problema específico, projeto do artefato, desenvolvimento do artefato, avaliação do artefato, explicitações de aprendizagem, conclusão, generalização para uma classe de problemas e comunicação dos resultados.

Informações coletadas do arquivo "Informações Básicas", da pesquisa disponibilizado na PB no dia 24/08/2020.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Contribuir para a gestão da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário:

- a) Tecer, juntamente com as EABp, o processo de trabalho e comunicação que promova o acesso à informação;
- b) Construir e utilizar indicadores de saúde prisional para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas EABp, utilizando o Painel de Bordo;
- c) Realizar o monitoramento periódico das prevalências de HIV/AIDS, sífilis e TB na PPL atendida pelas EABp, por meio do SINAN, SICEL e SICLOM;
- d) Fomentar a integração entre assistência, ensino, gestão e controle social;
- e) Integrar as EABp na rede de saúde municipal e estadual;
- f) Desenvolver e avaliar um plano de educação permanente com foco nas doenças infectocontagiosas para as EABp;
- g) Propor a constituição de um grupo condutor de saúde prisional, conforme prevê a PNAISP;
- h) Desenvolver um aplicativo para smartfone com informações referentes à TB, sífilis, HIV e o Painel de Bordo com os indicadores selecionados para as EABp;
- i) Produzir materiais impressos para as EABp e para a gestão em saúde prisional.

Informações coletadas do arquivo "Informações Básicas", da pesquisa disponibilizado na PB no dia 24/08/2020.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes da pesquisa estarão sujeitos a pequenos riscos, como disponibilidade de tempo e

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



Continuação do Parecer: 4.251.658

cansaço físico para preencher o questionário e participar das oficinas.

Benefícios:

Participar de uma pesquisa inédita, adquirir conhecimento e colaborar para a construção do aplicativo que estará disponível posteriormente, de forma gratuita, a todos os interessados.

Informações coletadas do arquivo "Informações Básicas", da pesquisa disponibilizado na PB no dia 24/08/2020.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, tendo como pesquisadora KARINE ZENATTI ELY e Orientadora: Dra. Lia Gonçalves Possuelo.

A previsão de realização da pesquisa é entre os meses de janeiro de 2021 a julho de 2021.

Informações coletadas do arquivo "Projeto_doutorado_UNISC" disponibilizado na PB no dia 30/07/2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Recomendações:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1597545.pdf	24/08/2020 18:33:01		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_UNISC.pdf	24/08/2020 18:32:27	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
Outros	CARTA_PARA_APRESENTAO_DE_PROJETO.pdf	09/08/2020 18:10:09	KARINE ZENATTI ELY	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



Continuação do Parecer: 4.251.658

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_doutorado_CEP_UNISC.pdf	30/07/2020 16:20:41	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional_COMITE_UNI SC.pdf	30/07/2020 16:15:45	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_COMI TE_UNISC.pdf	30/07/2020 16:09:26	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
Folha de Rosto	DOC_CEP_UNISC.pdf	30/07/2020 16:02:46	KARINE ZENATTI ELY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

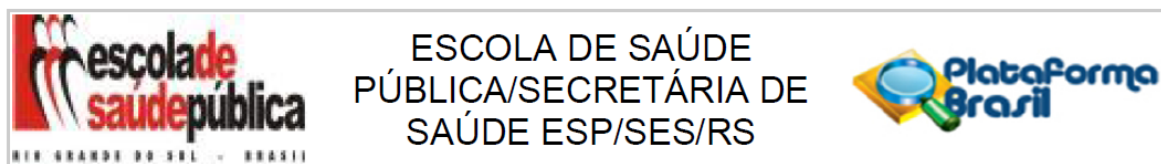
Não

SANTA CRUZ DO SUL, 01 de Setembro de 2020

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

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

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – ESP/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÕES PARA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE PRISIONAL: monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde

Pesquisador: KARINE ZENATTI ELY

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36932820.2.3001.5312

Instituição Proponente: ESCOLA DE SAUDE PUBLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.498.390

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão do projeto de pesquisa, intitulado “CONTRIBUIÇÕES PARA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE PRISIONAL: monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde”, de autoria de Karine Zenatti Ely, sob orientação de Lia Gonçalves Possuelo e Andréia Rosane de Moura Valim, para obtenção do título de doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

O projeto de pesquisa apresenta temática relevante para a área de saúde pública.

Objetivo da Pesquisa:

As autoras apresentam como objetivo geral: “Contribuir para a gestão da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul.”.

E, como objetivos específicos: “a) Tecer, juntamente com as EABp, o processo de trabalho e comunicação que promova o acesso à informação; b) Construir e utilizar indicadores de saúde prisional para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas EABp, utilizando o Painel de Bordo; c) Realizar o monitoramento periódico das prevalências de HIV/AIDS, sífilis e TB

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

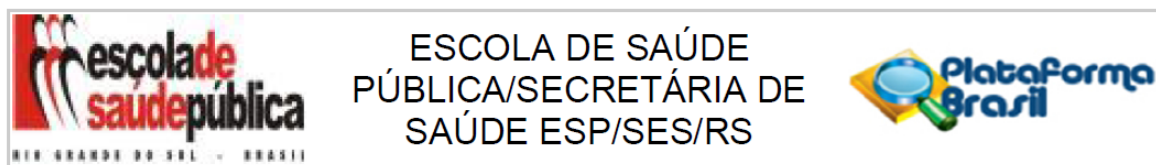
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.498.390

na PPL atendida pelas EABp, por meio do SINAN, SICEL e SICLOM; d) Fomentar a integração entre assistência, ensino, gestão e controle social; e) Integrar as EABp na rede de saúde municipal e estadual; f) Desenvolver e avaliar um plano de educação permanente com foco nas doenças infectocontagiosas para as EABp; g) Propor a constituição de um grupo condutor de saúde prisional, conforme prevê a PNAISP; h) Desenvolver um aplicativo para smartfone com informações referentes à TB, sífilis, HIV e o Painel de Bordo com os indicadores selecionados para as EABp; i) Produzir materiais impressos para as EABp e para a gestão em saúde prisional.”.

Os objetivos estão apresentados de mesma forma nos documentos da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, na segunda versão, no projeto detalhado (página 41), as autoras informam que: “Os riscos presentes neste estudo e suas respectivas estratégias de prevenção a serem utilizadas para evitá-los ou minimizá-los estão descritos por EIXO da pesquisa:

- EIXO 1 – Nos estudos com dados secundários pode ocorrer estigmatização, divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação, invasão de privacidade e divulgação de dados confidenciais. Para minimizar estes riscos serão garantidas a não violação, a integridade e o sigilo dos documentos e os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para a finalidade desta pesquisa.

- EIXO 2 – O pré e pós-teste que será respondido pelos participantes do Programa de Educação Permanente poderá representar riscos mínimos aos participantes. Os profissionais das EABp, os profissionais da segurança, gestores, comunidade científica e representantes do controle social estarão expostos aos mesmos riscos, a citar: invasão de privacidade; constrangimento por não dominar a temática do teste; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE), tomar o tempo do sujeito ao responder o pré-teste e pós-teste. Para evitá-los será assegurada a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico/financeiro. Os pesquisadores estarão atentos a sinais verbais e não verbais de desconforto.

- EIXO 3 – No EIXO 3, os participantes realizarão a avaliação do aplicativo. Os profissionais da

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

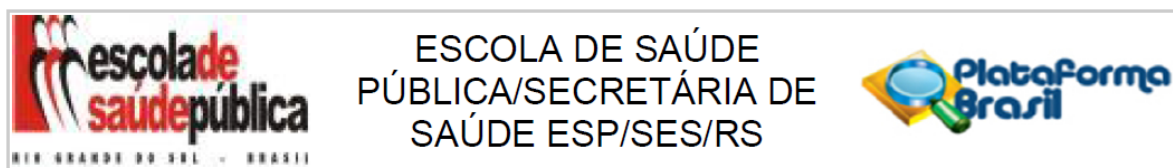
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.498.390

saúde poderão sentir desconforto em responder questões de operacionalização do aplicativo, que divergem de sua área de atuação. Da mesma forma os participantes estarão sujeitos a divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE) e a disposição de tempo do participante ao responder as questões da avaliação. Para evitá-los será assegurada a confidencialidade e a privacidade e os pesquisadores estarão atentos a sinais verbais e não verbais de desconforto.”.

Já quanto aos benefícios, na segunda versão, no projeto detalhado (página 36), as autoras informam: “Os participantes da pesquisa terão o benefício de participar de uma pesquisa inédita no Brasil. No EIXO 1, os dados coletados se transformarão em informações e boletins epidemiológicos referente à saúde da PPL, que poderá embasar a gestão na tomada de decisão. No EIXO 2, os participantes terão a oportunidade de participar do Programa de Educação Permanente, que irá instrumentalizá-los para identificação, controle e prevenção das doenças infectocontagiosas, desenvolvendo reflexões acerca deste estudo e suas práticas no âmbito prisional. No EIXO 3, os participantes colaborarão com a avaliação do APP, que será disponibilizado para consulta permanente para todos os interessados no tema, beneficiando principalmente os trabalhadores do sistema prisional.”.

Na segunda versão, as autoras não apresentaram a gradação dos riscos para os eixos 1 e 3, conforme a Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo as autoras, no projeto detalhado: “A pesquisa/intervenção será realizada nas instituições penais com EABp. Atualmente são 36 EABp, distribuídas em 30 instituições penais de 25 municípios [...] Configura-se como critério de inclusão no estudo todas as EABp habilitadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no estado do Rio Grande do Sul, no início da pesquisa. Novas EABp habilitadas durante a fase de coleta de dados poderão ser incluídas no estudo. Serão excluídas do estudo as EABp que se descredenciarem aos incentivos financeiros estadual e federal durante a vigência da pesquisa ou estiverem com as atividades suspensas durante o período de coleta de dados. [...] No EIXO 2, os profissionais de saúde que participarão das oficinas de educação permanente somam aproximadamente 150 profissionais, entre médicos, dentistas, enfermeiros e outros profissionais da saúde que atuam em EABp. Nesta parte da pesquisa, serão convidados a participar os gestores, trabalhadores da segurança, comunidade científica e controle social. No EIXO 3, haverá a participação de trabalhadores da saúde e profissionais da informática. [...] A pesquisa será composta por três eixos [...]: a) EIXO 1 – M&A:

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

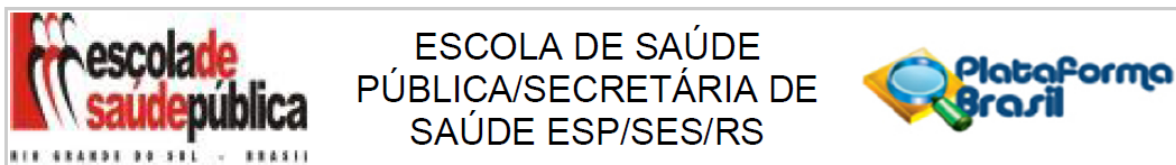
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: cepe-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.498.390

estudo de coorte no qual os indivíduos são classificados de acordo com a exposição (expostos e mão expostos), sendo seguidos para avaliar a incidência da doença num determinado período de tempo [...] b) EIXO 2 – Educação permanente: pesquisa-intervenção com interconexão de estratégias, não dissociando a pesquisa da intervenção [...] c) EIXO 3 – Tecnologias em saúde: metateoria Design Science Research (DSR) que consiste em um processo rigoroso para projetar artefatos e resolver problemas, pois auxilia o pesquisador a criar conhecimento teórico e prático, contribuindo cientificamente no processo de desenvolvimento do artefato [...] As variáveis [...] que serão utilizadas no M&A, estudo de coorte (EIXO 1) serão coletadas nos sistemas oficiais de informação (SINAN, SICLOM e SISCEL) referente à PPL notificada entre janeiro de 2013 e dezembro de 2020. As notificações serão localizadas, utilizando o número do CNES da Unidade de Saúde Prisional para busca no SINAN [...] O Programa de Educação Permanente para as equipes de saúde e segurança do sistema penal será uma estratégia para organização e qualificação dos processos de trabalho e comunicação entre as equipes. As oficinas utilizarão práticas problematizadoras e metodologias ativas de aprendizagem, atividades de grupos e discussões. Será incorporado um facilitador a cada 10 participantes quando o grupo de trabalho for superior a 10 pessoas. O facilitador tem como função ajudar o grupo a compreender os objetivos da atividade, incentivar a participação ativa de todos os integrantes e auxiliar o grupo a manter o foco das discussões. O programa de intervenção é composto por quatro oficinas com duração de duas horas cada, com intervalo aproximado de 15 dias entre elas. A equipe de saúde prisional, coordenador regional de saúde prisional, gestores municipais de saúde e comunidade acadêmica serão convidados a participar das atividades. [...] Caso não seja possível desenvolver as oficinas de forma presencial devido ao distanciamento social pela Pandemia do Coronavírus, as oficinas serão realizadas de forma virtual. [...] Procedimento e análise de dados EIXO 1: Os dados serão tabulados em banco eletrônico no programa Microsoft® Excel 2017 (Sistema Operacional Windows 2017, Microsoft Corporation Inc.). As análises descritivas e univariadas serão realizadas no software estatístico SPSS v. 23.0. Os valores serão expressos como média e desvio padrão ou números absolutos e percentuais. Comparações de variáveis qualitativas serão realizadas através do teste qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ serão considerados significativos. EIXO 2: Os dados do pré e pós-teste serão tabulados em banco eletrônico no programa Microsoft® Excel 2017 (Sistema Operacional Windows 2017, Microsoft Corporation Inc.) e as diferentes variáveis serão comparadas entre si. EIXO 3: O aplicativo será desenvolvido a partir do “Design Pedagógico” que inclui fatores técnicos, gráficos e pedagógicos. Os fatores técnicos relacionam-se ao poder de navegação e usabilidade do APP, os fatores gráficos representam o uso de imagens e ilustrações e os fatores

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

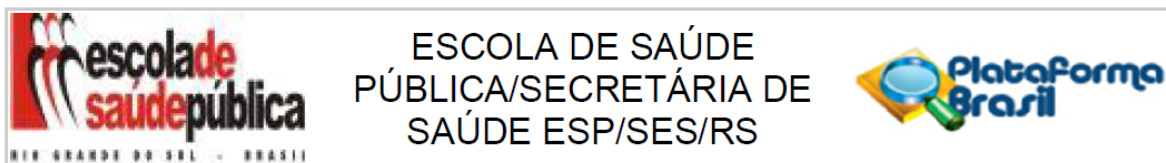
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.498.390

pedagógicos estão associados ao planejamento das interações e interatividade. [...] A programação do aplicativo será desenvolvida por bolsistas do curso de engenharia da computação da UNISC. [...] O APP será avaliado de forma analítica, experimental, teste estrutural e funcional. A fase analítica ocorre durante o desenvolvimento do APP, discutindo e validando os conteúdos com as coordenações estaduais da Saúde Prisional, ISTs e TB. Na fase experimental, será realizado um piloto para utilização do APP com dados reais de uma EABp para construção do Painel de Bordo, a ser escolhida por conveniência. O teste estrutural e o teste funcional serão realizados por meio de questionários estruturados, que serão respondidos por um grupo selecionado de profissionais com domínio da temática, após acessarem o APP por um link enviado por e-mail. O teste estrutural será realizado por professores e profissionais da informática; o teste funcional será realizado pela EABp de Rio Grande. Oito profissionais da saúde mais oito profissionais da tecnologia da informação responderão o Teste de funcionalidade da tecnologia da inovação, Teste de confiabilidade da tecnologia da inovação, o Teste de usabilidade da tecnologia da inovação e o Teste de eficiência da tecnologia da inovação por meio da Escala de Likert [...] Os profissionais de informática responderão também o Teste de manutenibilidade da tecnologia da inovação e o teste de portabilidade da tecnologia da inovação [...] O Projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. A participação dos sujeitos está condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) [...]”.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As autoras apresentam:

- Termo de Anuência Institucional para a Pesquisa, assinado e carimbado pela Diretora do Departamento de Ações em Saúde/SES/RS, Ana Costa, e assinado pela pesquisadora responsável Karine Zenatti Ely (primeira versão);
- Termo de Anuência Institucional para a Pesquisa, assinado e carimbado pela Diretora do Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Cynthia Goulart Molina Bastos, e assinado pela pesquisadora responsável Karine Zenatti Ely (segunda versão);
- Carta de apresentação de Projeto endereçada ao Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Renato Nunes, assinada pela pesquisadora responsável Karine Zenatti Ely (primeira versão);

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

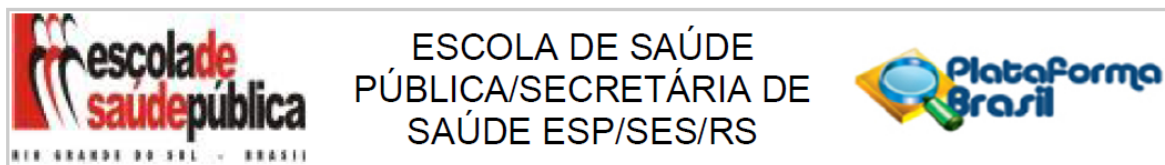
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.498.390

- Formulário - Anexo 2 da PORTARIA SES/RS Nº 334/2019 (Cadastro da Pesquisa e Termo de Compromisso do Pesquisador) assinado pela pesquisadora responsável Karine Zenatti Ely (segunda versão);

- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) assinado pela pesquisadora responsável Karine Zenatti Ely (segunda versão);

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ajustado, por grupo de interesse: comunidade científica, controle social, Trabalhadores das Equipes de Atenção Básica Prisional, profissionais de informática, profissionais de saúde, gestores da saúde e da segurança, trabalhadores da segurança no sistema prisional - em forma de convite, apresentando o título da pesquisa, objetivos, forma de participação na pesquisa, riscos e benefícios da pesquisa, que os resultados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, garantia de sigilo da identidade dos participantes, garantias de participação na pesquisa (por exemplo, da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos diretamente causados por esta pesquisa) – segunda versão.

Recomendações:

Incluir nos documentos da pesquisa a gradação dos riscos, conforme o artigo 21 da Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, para os eixos 1 e 3.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) Considerar os diferentes grupos de participantes da pesquisa (exemplo, gestores, trabalhadores da saúde e segurança, programadores, comunidade científica, profissionais da informática, e outros que participarem das etapas do estudo) – pendência atendida;

2) Apresentar o Termo de Anuência Institucional para a Pesquisa, assinado e carimbado pela Diretora do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/SES/RS) ou pela Secretária ou Secretária Adjunta de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, em função da utilização do banco de dados do SINAN – pendência atendida;

3) Apresentar Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) assinado pela pesquisadora responsável – pendência atendida;

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

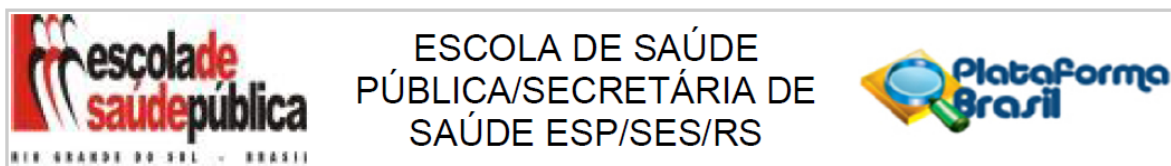
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.498.390

4) Quanto aos riscos e benefícios:

4.1) Apresentar por grupo de participante e etapa da pesquisa o tipo, a gradação, e as estratégias de proteção para evitar e/ou minimizar os riscos – pendência atendida;

4.2) Incluir os riscos relacionados a utilização dos dados secundários e sistemas de informação e as estratégias de proteção para evitar e/ou minimizar esses riscos – pendência atendida;

4.3) Especificar os benefícios por etapa da pesquisa – pendência atendida;

5) Reapresentar o documento - Anexo 2 da PORTARIA SES/RS Nº 334/2019 (Cadastro da Pesquisa e Termo de Compromisso do Pesquisador) assinalando a utilização de consulta a banco de dados e sistema de informação – pendência atendida;

6) Alinhar nos documentos da pesquisa os eixos a serem executados – pendência atendida.

7) Quanto ao TCLE:

7.1) Incluir TCLE para cada grupo de participantes da pesquisa (exemplo, gestores, trabalhadores da saúde e segurança, programadores, comunidade científica, profissionais da informática, e outros que participarem das etapas do estudo) – pendência atendida;

7.2) Incluir o objetivo do estudo (bem como a metodologia específica destinada a cada grupo de participante), conforme o item IV.3 - a da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 – pendência atendida;

7.3) Suprimir o trecho: “[...] Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. [...]” – pendência atendida;

7.4) Realizar uma breve apresentação do comitê de ética – pendência atendida;

7.5) Incluir o contato das pesquisadoras e do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde (CEPS) da ESP/RS – pendência atendida;

7.6) Fazer a numeração das páginas do documento – pendência atendida.

Após o atendimento de todas as pendências éticas apontadas na primeira versão, o projeto de pesquisa está apto para ser realizado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

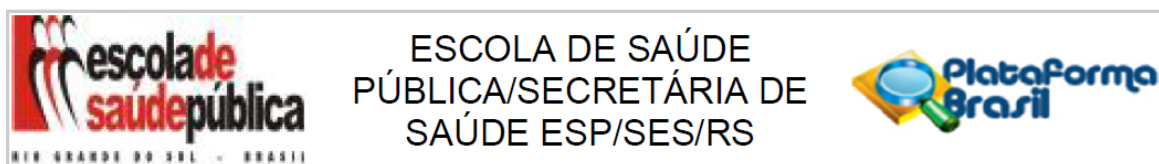
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceeps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.498.390

O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1623562.pdf	14/12/2020 20:22:44		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA_A_PENDENCIAS.pdf	14/12/2020 20:22:18	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_CEVS.pdf	06/12/2020 18:44:14	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EIXO3_INFORMATICA.pdf	06/12/2020 18:43:51	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EIXO3_SAUDE.pdf	06/12/2020 18:43:31	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TRAB_GESTORES.pdf	06/12/2020 18:39:20	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CONTROLE_SOCIAL.pdf	06/12/2020 18:38:29	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COMUNIDADE_CIENTIFICA.pdf	06/12/2020 18:38:07	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TRAB_SEGURANCA.pdf	06/12/2020 18:37:16	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EABp.pdf	06/12/2020 18:35:21	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
Outros	Cadastro_da_pesquisa_anexo2.pdf	06/12/2020 18:34:39	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD.pdf	06/12/2020 18:32:24	KARINE ZENATTI ELY	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

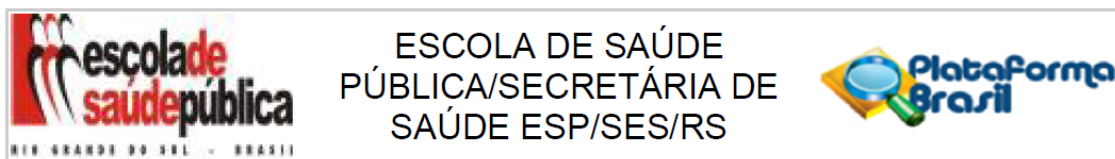
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.498.390

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_doutorado_CEP_ESPRS.pdf	06/12/2020 18:30:46	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
Outros	CARTA_PARA_APRESENTAO_DE_PROJETO.pdf	09/08/2020 18:10:09	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_doutorado_CEP_UNISC.pdf	30/07/2020 16:20:41	KARINE ZENATTI ELY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_COMITENTE_UNISC.pdf	30/07/2020 16:09:26	KARINE ZENATTI ELY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Gisela Unis
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

ANEXO D – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – Escola do Serviço Penitenciário



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE JUSTIÇA E SISTEMAS PENAL E SOCIOEDUCATIVO
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
ESCOLA DO SERVIÇO PENITENCIÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NO SISTEMA PENITENCIÁRIO RS



FICHA DE SUBMISSÃO DE ANÁLISE DO COMITÊ

Nome do pesquisador(a):	<i>Karine Zenatti Ely</i>
Título do projeto de pesquisa:	<i>Contribuições para gestão estadual de saúde prisional: monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde</i>
Orientador(a)/ Coorientador(a):	Prof.ª Dr.ª Lia Gonçalves Possuelo e Prof. Dra. Andréia Rosane de Moura Valim
Instituição proponente:	UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul
Curso:	Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
Local da pesquisa:	30 Unidades prisionais com EABp e 150 profissionais da saúde
Amostra/participantes:	150 profissionais da EABp
Período da pesquisa:	1º e 2º semestre de 2021

Análise do Projeto de Pesquisa

Trata-se de pesquisa cujo objetivo é contribuir para a Gestão da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul.

Para alcançar esse objetivo a pesquisadora pretende aplicar a pesquisa/intervenção nas unidades prisionais com EABp (Equipes de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional). Conforme dados apresentados pela pesquisadora, o sistema prisional possui 36 EABp, distribuídas em 30 unidades penais de 25 municípios.

O critério de inclusão para o estudo são todas as EABp habilitadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Estado do Rio Grande do Sul, totalizando cerca de 150 profissionais, entre médicos, dentistas, enfermeiros e outros profissionais da saúde para participar de oficinas de educação permanente.

Dentre as variáveis da pesquisa, o eixo 2 que propõe a construção de um plano de educação permanente possui questionário aplicado através de oficinas, as quais poderão ser presenciais ou virtuais. Os profissionais que participarão das oficinas e grupos de discussão serão submetidos ao pré-teste para identificação do conhecimento prévio sobre a temática. O mesmo questionário será aplicado como pós-teste para dimensionar o alcance da proposta.

Serão organizados eventos e mostras de saúde envolvendo as EABp. Será fomentado, durante os encontros presenciais, a criação de um grupo condutor regional para acompanhamento das ações de saúde prisional.

Em relação as oficinas, serão 4 no total, com duração de duas horas cada, com intervalo aproximado de 15 dias entre elas. Será incorporado um facilitador a cada 10 participantes quando o



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE JUSTIÇA E SISTEMAS PENAL E SOCIOEDUCATIVO
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
ESCOLA DO SERVIÇO PENITENCIÁRIO



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Declaramos que, a Escola do Serviço Penitenciário através do Comitê de Ética em Pesquisa no Sistema Penitenciário do RS, autoriza o(a) Pesquisador(a) **Karine Zenatti Ely** a realizar a pesquisa intitulada **Contribuições para gestão estadual de saúde prisional: monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde** junto as Unidades Prisionais composta por Equipes de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional do Estado do RS.

O Projeto de Pesquisa está vinculado a Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, sob a Orientação Acadêmica de Prof.^a Dr.^a Lia Gonçalves Possuelo e Coorientação de Prof.^a Dr.^a Andréia Rosane de Moura Valim.

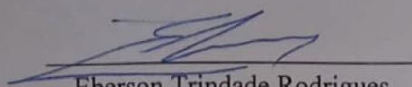
Para a realização da coleta de dados, é necessário que o(a) Pesquisador(a) apresente esta Declaração ao Responsável pelo(s) Local(is) acima mencionado(s), para conhecimento e agendamento prévio. Esta pesquisa será do tipo: (X) presencial/ (X) virtual.

Ressaltamos que, mesmo que a pesquisa tenha sido submetida a um processo de análise pelo CEPSP-RS relativo aos preceitos éticos, legais e funcionais da nossa Instituição. Fica a critério do(s) Responsável(is) pelo(s) Local(is) avaliar o momento quando da autorização de entrada e providências para recebimento do(a) pesquisador(a), através da organização do espaço, do efetivo funcional e da movimentação de apenados(as) para realização da pesquisa. Por sua vez, o(a) pesquisador(a) deverá respeitar, rigorosamente, os procedimentos de segurança estabelecidos pelo(s) Responsável(is) pelo(s) Local(is) em que ocorrerá a pesquisa.

Após conclusão do trabalho, o pesquisador o(a) Pesquisador(a) deverá encaminhar o mesmo para a Escola do Serviço Penitenciário, em forma digital.

Porto Alegre, 13 de Dezembro de 2021.

Atenciosamente,


Eberson Trindade Rodrigues
Diretor ESP

ANEXO E - Normas da Revista *Global Health Promotion*



Global Health Promotion

Formerly known as *Promotion & Education*
Official Publication of the International Union for Health Promotion and Education

ISSN 1757-9759 / eISSN 1757-9767

Maurice B. Mittelmark
Editor in Chief

Martha W. Perry
Managing Editor

Arantxa Santa-María Morales
Spanish language
Associate Editor

Valéry Ridde
French language
Associate Editor

SUBMISSION INSTRUCTIONS FOR PEER REVIEWED MANUSCRIPTS

All articles, written in English, French or Spanish, should be submitted through **SAGETrack's Manuscript Central**, the journal's online manuscript submission and review system at <http://mc.manuscriptcentral.com/ghp>

If you have any queries prior to submission, please contact the Managing Editor: Martha Perry at mperry@iuhpe.org.

Authors should submit articles for publication in *Global Health Promotion* adhering carefully to the following instructions. *Global Health Promotion* has a small editorial team and encourages authors to submit manuscripts ready for publication with regard to style, spelling, grammar and composition as per the submission instructions below. *Global Health Promotion will give preference in the publication queue to accepted manuscripts that are publication-ready at the time of first submission.*

For **authors whose first language is not English**, English Language Editing services are available to help professionally edit manuscripts prior to submission or during the review process. SAGE Publications has identified SPI as one of the companies offering this type of service, please visit www.prof-editing.com for more information.

NOTE: Evaluation of the quality of editing services offered by SPI has been reviewed by SAGE, but neither SAGE or the IUHPE have formal affiliation with the company. An author's use of SPI's services obviously in no way guarantees that his or her submission will ultimately be accepted. Any arrangement an author enters into, furthermore, will be exclusively between the author and SPI, and any costs incurred are the sole responsibility of the author.

The enclosed instructions include information on:

- 1) SAGETrack submission instructions
- 2) Manuscript format
- 3) Manuscript length
- 4) Abstract
- 5) Language and style
- 6) Ethics
- 7) References
- 8) Copyright and contributor agreement forms
- 9) Blind peer review process

1) SAGETRACK SUBMISSION INSTRUCTIONS

All submissions should be made online at the *Global Health Promotion* SAGETrack website (<http://mc.manuscriptcentral.com/ghp>). Please log onto the website. If you are a new user, you will first need to create an account. This is a three-step process that is fast to set up. Log-in information is sent via email immediately upon completion. Full instructions for uploading the manuscript are provided on the website. If you have already created an account but have forgotten your details type your email address in the 'Password Help' to receive an emailed reminder.

Submissions should be made via the **Author Center** and the 'Click here to submit a New Manuscript' option. There is a user guide via the 'Get Help Now' button at the top right of every screen. Further help is available through ScholarOne's Manuscript Central™ Customer support at +1 434-817-2040 ext 167.

Please ensure that your Microsoft Word or RTF document:

1. **does NOT include** a title page, an abstract, or page numbers. The GHP SAGETTrack system will generate them for you, and then convert your manuscript to PDF for peer review;
2. that **authors remove from their submissions any information that will identify them or their affiliations to reviewers**. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revisions, will be by e-mail.

Please note the following regarding the submission of manuscripts to *Global Health Promotion*:

- Manuscripts are original and have not been published elsewhere*, except in translation** or in exceptional circumstances. (*Previously published refers to:
 - Articles which have appeared in another journal (or a book) in the same, or substantially (over 70%) the same form, are considered to have been previously published. This applies whether the journal is print or electronic, whether it is open-access or paid for.
 - Articles which have appeared on 1) a commercial website or on 2) any public website not run by either the author and/or the author's institution, and which appear in the same or in substantially (over 70%) the same form as submitted to the Journal, are considered to have been previously published. This applies whether the website is paid for or free access.

***Global Health Promotion* may republish articles which were previously published in a language other than the language used in the submission to *Global Health Promotion*. In any such instance, the author is responsible for clearing - and paying for - any permissions needed to enable publishing the translation both online and in print. This will usually require clearing permission not only on the translation, but also the original work in its original language.)

- Manuscript are innovative and contribute new knowledge to the field of health promotion and related disciplines.
- Any competing interests are declared and disclosure is given of all sources of funding.
- For multi-authored manuscripts, a statement that all the authors have made a substantial contribution to (a) the conception and design and/or the analysis and interpretation of data, (b) drafting the article or revising it critically for intellectual content, and (c) all authors approve the version submitted to *Global Health Promotion*.
- For all tables/figures you have (1) obtained permission from the original source to quote/produce and (2) given full acknowledgement to the original source, with full details of figure/page numbers, title, author(s), publisher and year of publication.

SUBMITTING REVISIONS

Authors submitting revised manuscripts should follow the instructions above to submit through the SAGETTrack system. However, if the first versions were submitted prior to SAGETTrack, the system will not know automatically about the previous version. In such cases, authors should check the 'Has this manuscript been submitted previously?' box and give the previous manuscript number in the space below. (If the previous version was submitted through the SAGETTrack system, following the instructions to submit a revised manuscript will automatically associate your revised version with the original submission.) Authors of all revised submissions should, when prompted, provide information explaining the changes in your manuscript. As this will be provided to reviewers it is important that authors do not identify themselves in these responses.

2) MANUSCRIPT FORMAT

Global Health Promotion conducts blinded peer-review. When uploading your manuscript on SAGETrack you will need to upload a manuscript file with no identifying author information (designate as Main Document) and separate documents for tables/figures/image (designate as such).

- All **text style** (including references) must be doubled spaced and in a 12 point type in Word format (.doc). Avoid special formatting and remain as simple as possible, since this complicates the editorial process (i.e. minimum formatting, no indentations, no carriage returns, no justification, no tabs, numbers, etc.).
- All **headings** should be justified with the left margin. Main headings should be in capital letters, bold and not underlined. Secondary headings should be in lower-case and bold. Any other sub-headings should be indicated, either by numbers, letters or bullet points.
- The **reference list** must be prepared using Vancouver style formatting as explained below.
- **Tables, Figures and images** (only one per page) should be prepared on separate pages and numbered consecutively. Through SAGETrack you will be able to link particular words in your text file to your image file. You will also be able to type in a caption or legend for each one of the images or figures you upload in the "Caption/Legend" field.

3) MANUSCRIPT LENGTH

Articles should be of a **maximum length of 5,000 words, all parts of the paper included**. Each table, figure and illustration counts as 250 words.

4) ABSTRACT

Prepare a short (**300 words maximum**) summary outlining the content of the article and drawing attention to the main conclusions. **DO NOT** include the abstract with your main text, you will have to type it in the required field on the first step of the 'Submit Manuscript' process on SAGETrack.

5) LANGUAGE AND STYLE

Submissions should be in English, French or Spanish. English submissions may be in any of the formats supported by the word processor, and the same form should be used throughout the manuscript. The full capacity of the word processor to assist with spelling, grammar and style should be utilised. Short simple sentence structure is strongly encouraged. Define all terms that are not in common usage.

6) ETHICS

If the manuscript reports the results of research, it must include a section discussing ethical considerations and reporting ethical clearances, if any.

7) REFERENCES

Global Health Promotion follows the **Vancouver style of referencing**.

1- In the text:

- References are numbered consecutively in the order in which they appear in the text.
- In the Vancouver Style, citations within the text of your article are identified by **Arabic numbers in round brackets**. This applies to references in text, tables and figures. e.g. (2) – this is the style used by the referencing software Endnote.

- The Vancouver System assigns a number to each reference as it is cited. A number must be used even if the author(s) is named in the sentence/text.
Example: Smith (10) has argued that....
- The **original number assigned** to the reference is reused each time the reference is cited in the text, regardless of its previous position in the text.
- When **multiple references** are cited at a given place in the text, use a **hyphen** to join the first and last numbers that are **inclusive**. Use **commas** (without spaces) to separate **non-inclusive** numbers in a multiple citation eg. 2,3,4,5,7,10 is abbreviated to (2-5,7,10) **Do not** use a hyphen if there are no citation numbers in between that support your statement eg. 1-2.
- The placement of citation numbers within text should be carefully considered, for example a particular reference may be relevant to only part of a sentence. As a general rule, reference numbers should be placed inside stops, commas, colons and semicolons
Examples:
 - The study evaluated the impact of different educational programmes on life style improvement (1).
 - There have been efforts to replace this testing with invitro tests, such as enzyme linked immunosorbent assays (57,60) or polymerase chain reaction (20- 22), but these remain experimental.

2- List of References

- The references are listed at the end of the article in the same numerical order (with no parenthesis or brackets) as they appear in the body of the text, this section is titled "References".
- The list should give full details of the publications referenced, including:
 - authors' names and initials of all authors (unless there are more than six, in which case only the first six should be given followed by et al);
 - the title of the journal- abbreviate journal titles according to the style used in Medline. A list of **abbreviations** can be found at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>
 - the year of publication;
 - the volume number; and
 - the first and last page numbers.

Detailed advice on using the Vancouver style, which was developed by the International Committee of Medical Journal Editors, is available at their web site: <http://www.icmje.org/>. See section IV.A.9.b. Reference Style and Format.

8) COPYRIGHT AND CONTRIBUTOR AGREEMENTS

SAGE requires the author as the rights holder to sign a Journal Contributor's Publishing Agreement for all articles we publish. SAGE's Journal Contributor's Publishing Agreement is a licence agreement under which the author retains copyright in the work but grants SAGE the sole and exclusive right and licence to publish for the full legal term of copyright.

This form must be signed online through SAGETrack upon acceptance of your manuscript for publication.

ANEXO F – Normas da Revista Trabalho, Educação e Saúde (TES)

Instruções aos autores

Solicitamos que, antes de submeter o seu manuscrito, os autores leiam a Política editorial da TES e a seção Sobre a revista para avaliar se seu texto está de acordo com o nosso escopo editorial.

Os manuscritos devem ser submetidos somente pelo sistema de avaliação *online* da Revista, disponível aqui . Não serão consideradas contribuições enviadas por *e-mail*.

Para o envio do texto à revista, o autor responsável deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto, informando o seu ORCID e os de eventuais coautores.

Ao submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação referidas pela revista.

Para informações adicionais, consultar os editores:
revtes.epsjv@fiocruz.br

Forma e preparação de manuscritos

A revista aceita como submissões espontâneas artigos e artigos de revisão.

Os **Artigos** devem apresentar resultados de pesquisas de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Os **Artigos de revisão** devem apresentar análises críticas, sistematizadas e metodologicamente consistentes da literatura científica sobre um tema prioritário para o periódico. Deverão explicitar objetivos, fontes pesquisadas, aplicações dos critérios de inclusão e exclusão. Tamanho: 4.000 a 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios, notas de conjuntura e debates devem ainda conter um resumo em português, espanhol e inglês de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês e espanhol, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações devem, necessariamente, estar inseridos no seu devido lugar no corpo do texto e ser também enviados separadamente como material suplementar. Não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como "a figura abaixo".

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Para elaboração das citações, *Trabalho, Educação e Saúde* (TES) baseia-se na norma NBR 10520:2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com ligeiras modificações. A TES adota o sistema Autor-data, com os sobrenomes dos autores escritos em caixa alta e baixa e ano da publicação, no corpo do artigo. Exemplo:
(Frigotto; Ciavatta, 2001).

A *citação direta*, no corpo do texto, de até três linhas, deve vir entre aspas duplas, sobrenome do autor e, entre parênteses, o ano e a página. Ou: *citação direta*, entre parênteses o nome do autor, ano e página. Aspas simples

indicam citação no interior da citação. Exemplos:
Minayo (2001, p. 74) descreve: “[...] a análise de conteúdo é compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”.

Monografia “no sentido lato, é todo trabalho científico de ‘primeira mão’, que resulte da investigação científica” (Salomon, 1978, p. 219).

Se a citação direta exceder três linhas, deverá vir com recuo de 4 cm da margem esquerda, em corpo 11. Exemplo:

O uso intensivo da microeletrônica e a crescente automação dos laboratórios, principalmente a partir da década de 1980, vem causando mudanças importantes no processo produtivo, na organização do trabalho e nas relações sociais (Deluiz, p. 99, 1995).

Nas *citações indiretas*, a indicação da(s) página(s) consultada(s) é opcional. A citação indireta ocorre quando o autor faz um texto baseado na obra do autor consultado.

Exemplo:

As emoções, independentes da vinculação ou não com o ambiente organizacional, influenciam no desempenho das pessoas (Frost, 2003).

Se a citação tiver texto traduzido pelo autor, deve incluir o termo “tradução nossa”. Exemplo:

“Ao final de duas semanas, avalie sua experiência” (McGraw, Deane e Francis, 2009, p. 28, tradução nossa).

No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink *et al.* (2001).

Para enfatizar trechos da citação, destaque-os com a expressão “grifo nosso” entre parênteses, após a chamada da citação, ou “grifo do autor”, caso o destaque já faça parte da obra consultada. Exemplos:

A *hipótese da escassez* não explica sozinha o processo de mudança de valores de uma sociedade. (Okado; Ribeiro, 2017, p. 10, grifo do autor).

Em *termos de comportamento*, a motivação pode ser conceituada como esforço e tenacidade exercidos pela pessoa para fazer algo ou alcançar algo. (Chiavenato, 1994, p. 165, grifo nosso)

Adotar a ordem cronológica em que os documentos foram publicados, separados por ponto e vírgula, no caso de vários

citados em sequência. Exemplo:
(Crespo, 2005; Costa; Ramalho, 2008; Moresi *et al.*, 2010).

Referências Para elaboração das referências, a *Trabalho, Educação e Saúde* baseia-se na norma NBR 6023:2018, da ABNT, com ligeiras modificações. As referências bibliográficas devem ser elencadas, em ordem alfabética de autores, ao final do manuscrito e conter todas as obras citadas no corpo do texto, compondo assim a lista de referências, sem numeração de entrada e com espaço simples entre elas. Quando houver até três autores, todos devem ser indicados. No caso de mais de três autores, indicar apenas o primeiro, seguido da expressão *et al.* O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Os títulos dos periódicos devem ser escritos por extenso. O autor é responsável pela exatidão e pertinência das referências. Para os casos não exemplificados, o autor deve consultar a norma NBR 6023:2018, da ABNT. No caso de existir um número DOI para o documento, ele deve ser incluído ao final da referência. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo em periódico eletrônico

TESSER, Charles D.; NORMAN, Armando H.; VIDAL, Tiago B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, núm. esp. 1, p. 361-378, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmXhpPLWJjJMWrq9fL4K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2022.

SPINK, Mary J. P. *et al.* A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400019>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5291.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

Se não houver DOI:

FONTES. Virgínia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx e o Marxismo: Revista do NIEP*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 8, p. 46-67, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://www.niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/articloe/view/220>. Acesso em: 10 out. 2020.

Artigo fora de periódico eletrônico

MACHADO, Antônio B. Reflexões sobre a organização do processo de trabalho na escola. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, n. 9, p. 27-31, jul. 1989.

CARVALHO, Jorge. Agora é o desafio local-global. Entrevistado: Peter Senge. *HSM Management*, São Paulo, n. 76, p. 50-57, set./out. 2009.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 1979. 253f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Congresso (evento) no todo

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 10., 2017, Florianópolis. *Anais [...]*. Florianópolis: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), 2017. Tema: Epidemiologia em defesa do SUS: formação, pesquisa e intervenção.

Partes de congresso (Evento)

SILVA, Levy S. Uma análise experimental do impacto da seleção de atributos em processos de resolução de entidades. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE BANCO DE DADOS, 34., 2020, Fortaleza. *Anais [...]*. Fortaleza, 1994. p. 1-12.

Dados oferecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública: doença pelo SARS-CoV-2: Covid-19*. Florianópolis: SES-SC, 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (Unesco). *Política de mudança e desenvolvimento no ensino superior*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. 98p.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Seção 1, Brasília, DF, p. 27.839, 23 dez. 1996.

Legislação em meio eletrônico

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2017.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Relatórios final ou de atividades

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Boletim observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19, Edição Oficial, [2020]. 22 p. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

Jornal

a) Sem indicação de autoria, entra pelo título:
FÓRUM de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.

b) Com autoria:
TOURAINÉ, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

a. Entrevista em periódico eletrônico:

AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf. Acesso em: 7 out. 2013.

b. Reportagem em jornal eletrônico:

NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de crack das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 19 set. 2013. Seção Cotidiano. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>. Acesso em: 27 set. 2013.

LIMÓN, Raúl. Pfizer afirma que sua vacina contra o coronavírus tem eficácia de 90%. *El País*, Brasil, 9 nov. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-11-09/pfizer-afirma-que-sua-vacina-contr-o-coronavirus-tem-uma-eficacia-de-90.html>. Acesso em: 18 nov. 2020.

c. Texto disponível (fora de revista ou jornal):

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico*. Área profissional: saúde. Brasília: MEC, 2000. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>. Acesso em: 3 out. 2013.

d. Redes sociais

LIMA, Nísia T. Um importante debate sobre as ações da Fiocruz no combate à pandemia da Covid 19, no momento em que a instituição comemora 120 anos. Rio de Janeiro, 22 maio, 2020. Facebook: [nisia.trindadelima](https://www.facebook.com/nisia.trindadelima). Disponível em: <https://www.facebook.com/nisia.trindadelima>. Acesso em: 29 jul.2021.

CARNEIRO, Sueli. Carta compromisso pelo direto à educação das meninas negras - Geledés. 10 jun. 2021. Twiter: @suelicarneiro. Disponível em: <https://twitter.com/SueliCarneiro/status/1403020818544840708?s=08>. Acesso em: 30 jul. 2021.

e. Listas de discussão

BVS Educação Profissional em Saúde: lista de discussão. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. Disponível em: <http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 1 jul. 2021.

f. *Wikipedia*

TRANSPLANTE de medula óssea. *In*: WIKIPEDIA: thefreeencyclopedia. [San Francisco, CA: Wikimedia Foundation, 2017]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Transplante_de_medula_%C3%B3ssea. Acesso em: 15 maio 2017.

g. *Blog*

PACKER, Abel L. *et al.* SciELO pós 20 Anos: o futuro continua aberto. *In*: SciELO - Scientific Electronic Library Online. *Blog Scielo em Perspectiva*. São Paulo, 19 dez. 2018. Disponível em: https://blog.scielo.org/blog/2018/12/19/scielo-pos-20-anos-o-futuro-continua-aberto/#.YNTqkuhKg_4. Acesso em: 29 jun. 2021.

h. *Live no Youtube*

ÁGORA Abrasco. Painel: desafios da proteção social em tempos de pandemia. Coordenação: Cristiani Machado. Convidados: Esther Dweck, Paola Carvalho, Eduardo Fagnani, [S. l.]: TV Abrasco, 10 jun. 2020. 1 vídeo (158 min). *Live*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eKt8xqXJ-1Q>. Acesso em: 27 maio 2021.

Revisão de texto em língua portuguesa

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

A responsabilidade pelos custos de revisão profissional de idioma é dos autores, a ser realizada por revisores habilitados pela revista ou por profissional de sua preferência, desde que siga o manual de estilo da TES para revisores, disponível sob demanda. A tradução para outro idioma é opcional.

ANEXO G – Normas do Jornal Brasileiro de Pneumologia (JBP)

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 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](#).

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	Comunicação Breve	Carta ao Editor	Correspondência	Editorial	Imagens em Pneumologia
N.º máximo de autores	10	6	6	6	5	5	3	3	3
Resumo									
N.º máximo de palavras	250 com estrutura	250 com estrutura	250 sem estrutura	250 sem estrutura	100 sem estrutura	sem resumo	sem resumo	sem resumo	sem resumo
N.º máximo de palavras	3.000	5.000	5.000	3.000	1.500	1.000	500	1.000	200
N.º máximo de referências	40	80	80	30	20	10	3	12	3
N.º de tabelas e figuras	6	8	8	12	2	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 e 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 pictóricos

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.

Comunicações Breves

O texto não deve ultrapassar 1.500 palavras, excluindo as referências e ilustrações. O número total de ilustrações não deve exceder 2 e o de referências bibliográficas, 20. O texto deverá ser confeccionado de forma corrida, sem subtítulos.

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.**

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.

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. Para Comunicações Breves, não deve ser estruturado nem exceder 100 palavras. O resumo deve ser escrito exclusivamente em inglês.

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>.

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).

Quando os autores mencionarem qualquer substância ou equipamento incomum, deverão incluir o modelo/número do catálogo, o nome da fabricante, a cidade e o país, por exemplo: "... esteira ergométrica (modelo ESD-01; FUNBEC, São Paulo, Brasil)" No caso de produtos provenientes dos EUA e Canadá, o nome do estado ou província também deverá ser citado; por exemplo: "... tTG de fígado de porco da Guiné (T5398; Sigma, St. Louis, MO, EUA)"

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/>. 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>

Homepages/Endereços Eletrônicos

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

Outras situações

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

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

ANEXO H – Normas Revista Journal of Health Informatics

• **submissions**

Registration in the system and subsequent access, through login and password, are mandatory for the submission of works, as well as to follow the ongoing editorial process. [Login](#) into an existing account or [Register](#) a new account.

• **Conditions for submission**

As part of the submission process, authors are required to verify submission compliance against all of the items listed below. Submissions that do not comply with the rules will be returned to the authors.

- The contribution is original and unpublished, and is not being evaluated for publication by another journal; otherwise, it must be justified in "Comments to the editor".
- The submission file is in Microsoft Word, OpenOffice or RTF format.
- URLs for references were provided where possible.
- The text follows the style standards and bibliographic requirements described in [Guidelines for Authors](#) , on the About the Journal page.
- In case of submission to a section with peer review (eg articles), the instructions available in [Ensuring blind peer review](#) were followed.

• **Guidelines for Authors**

RULES FOR ARTICLE SUBMISSION

All manuscript submissions must be made through the Electronic Journal Publishing System used by the **Journal of Health Informatics (J. Health Inform.)** . The **J. Health Report.** accepts submissions of manuscripts written in Portuguese, English and Spanish. Before submitting your manuscript, we recommend reading the adopted guidelines set out below. These norms are similar to those adopted by the main scientific journals. Only manuscripts that respect these norms will be accepted for evaluation.

CHAPTER I - THE ARTICLE

• **Manuscript Title**

The title in the original language of the manuscript (Portuguese, Spanish or English) must be concise and illustrative of the theme addressed; The title must be in 3 versions (Portuguese, English and Spanish), containing a maximum of 10 words; written in full without abbreviations;

Authors/ Titles

Authors: The limit of Authors and their Titles is a maximum of **10 (ten)** . We remind you that the Title is the highest and permanent position of the Author

Ex.: Full Professor (Director, Head, Coordinator is not a permanent position) of (Department), (University) - (acronym), (city) (State), (Country). Inform the name of the corresponding author and e-mail for contact.

Summary

They must be in 3 versions (Portuguese, English and Spanish), containing a maximum of 150 words. For the summary of Original Articles (Research) it is mandatory that it be structured containing the items: Objectives, Methods, Results and Conclusion. **Descriptors** Authors must indicate up to three descriptors in the 3 versions (Portuguese, English and Spanish), which represent the theme addressed in the manuscript. The structured vocabulary Health Sciences Descriptors (DeCS) should be used (<http://decs.bvs.br>)

Text / Content

This section of the manuscript should start in the sequence of the previous section. It should present, preferably, the following subsections: 1. Introduction; 2. Methods; 3. Results and Discussion; 4. Conclusion; 5. Acknowledgments (optional); 6. References. (Vancouver) referral limit up to 25.

Appendices and Supplementary Data

Appendices in the form of tables or graphs that cannot be included in the body of the manuscript must appear after the references. Authors should make a descriptive citation in the text stating that the table or graph is in the appendix. The **J. Health Report** accept electronic supplementary materials to support and enhance the description of scientific work. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications (software), films, animation sequences, sound files, forms and questionnaires. These files must be made available without the need for any processing, files with a compatible format for internet access (www) being recommended. Authors must submit these supplementary materials, if applicable, together with the article submission and provide a descriptive citation for each file, to the e-mail jhi@sbis.org.br .

CHAPTER II – ARTICLE FORMATTING

File Format

Manuscripts must be edited in an electronic word processor (preferably Microsoft Word or OpenOffice), using a file in .DOC (Word Text Document), .RTF (Rich Text Format) or .ODT (ODF Document Format, OpenOffice or BrOffice) Spacing 1.5 cm Margins 2.5 cm on all sides. Arial font size 12. A4 size without columns Foreign terms throughout the manuscript must be italicized, with the exception of proper names.

Magazine Sections

The **J. Health Report** publishes the following types of contributions:

- Original Articles: research papers with unpublished results that add value to the area of health informatics, with a maximum of 15 pages.

- Review Articles: intended to encompass available knowledge on a given topic **that encompass the scope of this journal (health informatics)** , based on a relevant, critical and systematic bibliography, plus analysis and conclusion, with a maximum of 12 pages.
- Experience Report: intended to analytically describe the experience arising from the application of information and communication technology in different areas of health and education, limited to 8 pages.
- Update: intended to address current information on topics of interest to the area, potentially investigative, with a maximum of 5 pages.
- Reviews: critical review of the scientific literature published in books, guiding the reader, in one page, as to its characteristics and potential uses. It must contain the complete reference of the commented work.
- Letters to the Editor: intended for readers' comments on works published in the Journal, which may express agreement or disagreement with the subject addressed, in one page.
- Technical report: describing the process, progress or results of scientific or technical research or the status of a scientific or technical research problem. It may also include research recommendations and conclusions, limited to 2 pages.

OBS. The limit of pages includes: Title, Abstract, Authors/titles; Tables/Graphs/Figures, References.

Measurement Units

Units of measurement must be abbreviated exactly.

abbreviations

Abbreviations can be used to avoid repetition, but only by using the consistent form within a domain. Abbreviations should be introduced in parentheses after the full sentence has been presented for the first time in the manuscript (in the body itself, not in the metadata). Abbreviations should be avoided in titles, subtitles and in the abstract. Dots or spaces in abbreviations should be avoided.

Figures, Tables and Graphs

Figures and tables, including graphs, photographs, diagrams, computer screens and others, must be included in the manuscript in their appropriate place (maximum 10 tables/graphs/figures/photos/diagrams/computer screens). Tables must be accompanied by a header and numbered consecutively in Arabic numerals. The same applies for figures or graphs. Figures must be of sufficient quality to be reproduced (printed). Computer screens must be completely legible.

Thanks

Those who contributed to the preparation of the manuscript, but who do not qualify as authors (co-authors), as defined above, should be listed in the Acknowledgments section. Authors must disclose whether they had any type of assistance (financial or otherwise) and identify the entity that provided this type of assistance. Financial support such as scholarships and research should also be mentioned in the Acknowledgments section.

Citation of References

Each reference citation must be identified in the text by superscript numbers (for example, "..... according to controlled medical terminologies³ ".....) according to its order of entry and must be listed in the end of the manuscript in numerical order. The reference listing style adopted is Vancouver (please always refer to http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html for examples). It is worth mentioning that the Vancouver style must be applied in the same language as the content of the reference in question. Abbreviations for journals are those used in MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh>), published by the US National Library of Medicine. References to electronic documents must be accompanied by their complete URL and the date of the last visit. Preferably you should use WebCite (<http://www.webcitation.org>) for web references to keep your web citation permanent. Also, preferably the article should contain a citation from the **J. Health Inform.**

Examples:

Journal Articles

with an author

Müller H. A review of content-based image retrieval systems in medical applications clinical benefits and future directions. *Int J Med Inform.* 2004;73(1):1-23.

With 3 authors

Morais E, Silva S, Caritá E. Business intelligence using Web technologies for analysis of risk factors in the occurrence of coronary artery disease. *J. Health Inform.* 2010; 2(1):7-13.

With 6 or more authors

Camps-Valls G, Porta-Oltra B, Soria-Olivas E, Martín-Guerrero JD, Serrano-López AJ, Perez-Ruixo JJ, et al. Prediction of cyclosporine dosage in patients after kidney transplantation using neural networks. *IEEE Trans Biomed Eng* 2003;50(4):442-8.

book in full

Hannah KJ, Ball MJ, Edwards, MJA. Introduction to nursing informatics. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Book chapter

Monard MC, Baranauskas JA. Machine learning concepts. In: Rezende SO. Intelligent systems fundamentals and applications. Barueri: Manole; 2005. p.89-114.

Dissertation/Thesis

Medeiros RA . Study of three cases of telemedicine in Brazil in the periods of 2005 and 2006: context and developments [thesis]. São Paulo: Federal University of São Paulo - Paulista School of Medicine; 2009.

institution as author

Brazil. Ministry of Health. Secretary of Health Surveillance. Department of Health Situation Analysis. Land transport accident mortality in Brazil / Ministry of Health, Health Surveillance Secretariat, Department of Health Situation Analysis. – Brasília (DF): Ministry of Health; 2007.

Institution as author/electronic document

National Telecommunications Agency -ANATEL. Data on Mobile Accesses in Operation and Density, by Federation Unit, of the Personal Mobile Service. 2009 Mai [cited 2009 Jun 01]. Available at: <http://www.anatel.gov.br>

Abstract presented in event/electronic document

Ferreira D, Miranda C, Costa C. Construction of a BI (Business Intelligence) Environment at the Municipal Health Department of the City of São Paulo. In: Proceedings of the XI Brazilian Congress on Health Informatics; 2008. Nov. 29 – Dec. 12; Jordan Fields. São Paulo. [Internet] [cited 2011 Jan 25]. Available at: www.sbis.org.br/cbis11

CHAPTER III - LETTERS - SUPPLEMENTARY DOCUMENTS

Declaration of Conflict of Interests and Declaration of Exclusivity [Model]

[Click here](#) to download the model in DOC format. For Original Articles (Research), it is necessary to forward a model of the TCLE and CEP Approval. All mandatory documents must be included in the submission under the item "Supplementary Document". Conflicts of interest can arise when authors, reviewers or editors have interests that are not fully apparent, but that may influence their judgments about what is published. The conflict of interest can be personal, commercial, political, academic or financial. Financial interests may include: employment, consultancies, fees, expert certification, grants or patents received or pending, royalties, research funds, shared ownership, payment for lectures or travel, business-to-personnel support consultancies. These are interests that when revealed after review, they can leave the reader feeling delusional. When authors submit a manuscript, whether an article or letter, they are responsible for acknowledging and disclosing financial and other conflicts that may influence their work. They should acknowledge in the manuscript all financial support for the work and other financial or personal connections with respect to the research. So that the editorial board can best decide on a manuscript, it is necessary to know about any competing interests that the authors may have. The goal is not to eliminate these interests; they are almost inevitable. Manuscripts will not be rejected simply because there is a conflict of interest, but a statement must be made as to whether or not there is a conflict of interest. Authors must report detailed information regarding all financial and material support for the research or work, including, but not limited to, grant support, funding sources, and provision of equipment and supplies. Each author must also sign and submit the following declaration: ";;;;I certify that all my affiliations, with or without financial involvement, within the last five years and for the foreseeable future, with any organization or entity, with financial interest and/or or financial conflict with the object or matter discussed in the manuscript are fully disclosed";;;;.

- **CHAPTER IV - SUBMISSION PROCESS VIA WEB SYSTEM**

To submit the article, the person must be registered as an author.

Step 1 - Log in to the system and access your profile as an author, if there is more than one profile.

Step 2 - Start new submission.

Step 3 - Choose an appropriate section for the submission. There are 7 possibilities.

Step 4 - Accept the mandatory submission conditions and declaration of copyright.

Step 5 - Save and continue.

Step 6 - Modify the information about the author and add a new author, if necessary.

Step 7 - Enter title and abstract of your work and indexing information for clarity of author area.

Step 8 - Save and continue.

Step 9 - Send the file (upload) to be transferred to the journal.

Step 10 - Upload supplementary documents. Supplementary documents function as an appendix to the manuscript, with the aim of assisting in the understanding and evaluation of the submission. (Declaration of Exclusivity, TCLE and CEP approval letter)

Step 11 - A document summary of your submission is displayed.

Step 12 - Complete the submission. You will receive an automatic email informing you of your submission.

Step 13 - By clicking on active submissions, it is possible to view all submissions made by the author. It is possible to click on the article of interest and edit the author data.

- **Original article**

It is intended for manuscripts originating from research carried out.

- **Technical Report**

Manuscripts that describe the technical aspects of a computer application or software.

- **Letter to the Editor**

It is intended for reader letters addressed to the editor commenting on published material.

- **SBCAS 2021**

Brazilian Symposium on Computing Applied to Health

- **Copyright Statement**

Submission of an article to the **Journal of Health Informatics** is understood to be exclusive and not being considered for publication elsewhere. Authors' permission for publication of their article in **J. Health Inform.** implies the exclusive authorization granted to the editors to include it in the journal. When submitting an article, the author will be asked for electronic permission of a Copyright Transfer Agreement. An electronic message will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript and acceptance of the Copyright Statement.

- **Privacy Policy**

The names and addresses informed in this magazine will be used exclusively for the services provided by this publication, not being made available for other purposes or to third parties.

ANEXO I – Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública

• Instruções aos autores

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#)).

Todos os artigos submetidos a CSP são criteriosamente avaliados pelo Conselho Editorial, composto pelas Editoras-Chefes e pelos Editores Associados, respeitando a diversidade de abordagens, objetos e métodos de distintas perspectivas disciplinares que caracterizam o campo. O sistema de avaliação de artigos praticado por CSP é composto por duas etapas. Na primeira, os artigos são avaliados de acordo com sua pertinência ao escopo de CSP, originalidade, rigor metodológico e relevância do tema. Essa primeira avaliação é realizada pelo Conselho Editorial. Como resultado, os artigos podem ser recusados nessa etapa ou seguir em seu processo avaliativo.

Na segunda etapa, os artigos são encaminhados para avaliação por pares (sistema duplo-cego). Preferencialmente, os artigos são avaliados por três revisores, especialistas em suas áreas de atuação. A segunda etapa pode ter diversas rodadas de reformulação do artigo. Como resultado final, os artigos podem ser recomendados, pelo(a) Editor(a) Associado(a), para publicação ou recusa. A decisão final cabe às Editoras-Chefes. Os autores podem recorrer de qualquer decisão e, caso o recurso seja aceito, nova avaliação do artigo é realizada. Para informações adicionais sobre os critérios de avaliação editorial dos artigos estão disponíveis os seguintes Editoriais: [29\(1\)](#), [29\(9\)](#), [29\(11\)](#), [30\(5\)](#), [31\(7\)](#), [32\(3\)](#).

A revista *online* é de [acesso aberto e gratuito](#).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

CSP utiliza, via SciELO, o sistema [CLOCKSS](#) de arquivamento e preservação de acervos digitais.

CSP adota sistema informatizado para a identificação de plágio.

CSP é filiado ao [COPE](#) (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados

por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa podem ser lidas no [Editorial 34\(1\)](#).

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação CSP, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);
- 1.2 Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));
- 1.5 Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));
- 1.6 [Questões Metodológicas](#): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7 Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);
- 1.8 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9 Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);
- 1.10 Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de limites e

contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o [Editorial 37\(10\)](#).
 Obs: A política editorial de CSP é apresentada por meio dos editoriais. Recomendamos fortemente a leitura dos seguintes textos: [Editorial 29\(11\)](#), [Editorial 32\(1\)](#) e [Editorial 32\(3\)](#).

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
 2.2 Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.
 2.3 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
 2.4 Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
 2.5 A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.12.
 2.6 Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.
 2.7 Serão aceitos artigos depositados em servidor de *preprint*, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar cadernos@fiocruz.br). NÃO recomendamos a publicação em servidor de *preprint* de artigo já aprovado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
 3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.
 3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou

suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5 Recomendamos a leitura do [Editorial 34\(11\)](#) que aborda as normas e políticas quanto à autoria de artigos científicos em CSP.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências

bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 CSP é filiado ao [COPE](#) (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o [Editorial](#) 34(1).

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos ([SAGAS](#)).

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: msp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na [área restrita de gerenciamento de artigos](#). O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o *link* “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da [Biblioteca Virtual em Saúde \(BVS\)](#).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.13 Equações e Fórmulas. As equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.17 Quadros. Destinam-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Devem ser submetidos em arquivo texto: DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF

(Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). Os Quadros devem ser numerados (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado do Quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula. Os Quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte Times New Roman tamanho 9.

12.18 Tabelas. Destinam-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As Tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte Times New Roman tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As Tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto e citadas no corpo do mesmo. Cada dado da Tabela deve ser inserido em uma célula separadamente e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de Figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas e fluxogramas.

12.19.1 As Figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

- Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Os gráficos de linhas, dispersão (XY), histograma (Pareto), radar e outros similares, que contenham elementos gráficos (círculo, quadrado, triângulo, losango etc), devem optar por apenas um elemento gráfico, diferenciado somente por cores.
- Os gráficos de linhas, de dispersão (XY), de histograma (Pareto), de radar e outros similares; que contenham elementos gráficos (círculo, quadrado, triângulo, losango etc); devem optar por apenas um elemento gráfico, diferenciado somente por cores.
- As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.
- Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial, e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Observações:

- O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
- Mapas e gráficos gerados originalmente em formato de imagem e

depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

- O tamanho máximo para quadros e tabelas deve permitir o enquadramento em página de tamanho A4, com margens laterais direita e esquerda de 2cm, com fonte de tamanho 9 ou maior.
- As Figuras devem permitir o enquadramento em página de tamanho A4, com margens laterais direita e esquerda de 2cm.
- O arquivo de cada Figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido.

12.20 CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (figuras e/ou quadros e/ou tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma Figura.

12.21 Material Suplementar: CSP aceita a submissão de material suplementar – textos, figuras, imagens e vídeos – como complemento às informações apresentadas no texto, que será avaliado em conjunto com todo o material submetido. Para a publicação, todo o conteúdo do material suplementar é de responsabilidade dos autores. Não será formatado e nem feita revisão de idioma e/ou tradução.

12.22 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.23 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site.

15.2 Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a

declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);
15.2.3 Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);
15.2.4 As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);
15.2.5 Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;
15.2.5.2 Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;
15.2.5.3 As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser [encaminhadas via sistema](#) no prazo de 72 horas.

ANEXO J – Protocolo de registro no PROSPERO

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews


National Institute for
Health Research

UNIVERSITY *of York*
Centre for Reviews and Dissemination

Systematic review

A list of fields that can be edited in an update can be found [here](#)

1. * Review title.

Give the title of the review in English

APPLICATIONS RELATED TO HEALTH CARE IN THE PRISON SYSTEM: SYSTEMATIC REVIEW

2. Original language title.

For reviews in languages other than English, give the title in the original language. This will be displayed with the English language title.

APLICATIVOS RELACIONADOS AO CUIDADO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

3. * Anticipated or actual start date.

Give the date the systematic review started or is expected to start.

13/10/2022

4. * Anticipated completion date.

Give the date by which the review is expected to be completed.

12/12/2022

5. * Stage of review at time of this submission.

This field uses answers to initial screening questions. It cannot be edited until after registration.

Tick the boxes to show which review tasks have been started and which have been completed.

Update this field each time any amendments are made to a published record.

The review has not yet started: Yes

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



Review stage	Started	Completed
Preliminary searches	No	No
Piloting of the study selection process	No	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	No	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

Provide any other relevant information about the stage of the review here.

6. * Named contact.

The named contact is the guarantor for the accuracy of the information in the register record. This may be any member of the review team.

Karine Zenatti Ely

Email salutation (e.g. "Dr Smith" or "Joanne") for correspondence:

Mrs Ely

7. * Named contact email.

Give the electronic email address of the named contact.

karine-ely@saude.rs.gov.br

8. Named contact address

Give the full institutional/organisational postal address for the named contact.

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 322/601 - CENTRO - CANOAS, RIO GRANDE DO SUL - BRASIL - CEP
91010-230

9. Named contact phone number.

Give the telephone number for the named contact, including international dialling code.

+5554991171771

10. * Organisational affiliation of the review.

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



Full title of the organisational affiliations for this review and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL (UNISC) e SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS)

Organisation web address:

www.unisc.br

11. * Review team members and their organisational affiliations.

Give the personal details and the organisational affiliations of each member of the review team. Affiliation refers to groups or organisations to which review team members belong. **NOTE: email and country now MUST be entered for each person, unless you are amending a published record.**

Mrs Karine Zenatti Ely. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS)

Mrs Janine Koepp. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Miss Lia Possuelo. UNISC

12. * Funding sources/sponsors.

Details of the individuals, organizations, groups, companies or other legal entities who have funded or sponsored the review.

~~Coordination of the Department of Higher Education Personnel -~~

Grant number(s)

State the funder, grant or award number and the date of award

There is not

13. * Conflicts of interest.

List actual or perceived conflicts of interest (financial or academic).

None

14. Collaborators.

Give the name and affiliation of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members. **NOTE: email and country must be completed for each person, unless you are amending a published record.**

15. * Review question.

State the review question(s) clearly and precisely. It may be appropriate to break very broad questions down into a series of related more specific questions. Questions may be framed or refined using P(IE)COS or similar where relevant.

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



What applications are used in health care in the Prison System?

16. * Searches.

State the sources that will be searched (e.g. Medline). Give the search dates, and any restrictions (e.g. language or publication date). Do NOT enter the full search strategy (it may be provided as a link or attachment below.)

PubMed, IEEE xplora Digital library, LILACS, Google Scholar, SciELO, ScienceDirect, ACM Digital Library, PROQUEST - Applied Social Sciences, Scopus, Compendex, Web of Science, CINAHL e The Cochrane Controlled Trials Register

17. URL to search strategy.

Upload a file with your search strategy, or an example of a search strategy for a specific database, (including the keywords) in pdf or word format. In doing so you are consenting to the file being made publicly accessible. Or provide a URL or link to the strategy. Do NOT provide links to your search results.

Research question: "What applications are used in health care in the Prison System?" The search terms are: Prisons AND ("Mobile Applications" OR "mobile application" OR "mobile app"), using published articles as inclusion criteria between January 2010 and June 2022, in Portuguese, English and Spanish, works carried out with human beings aged 18 or over and full text available free of charge.

Alternatively, upload your search strategy to CRD in pdf format. Please note that by doing so you are consenting to the file being made publicly accessible.

Do not make this file publicly available until the review is complete

18. * Condition or domain being studied.

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied in your systematic review.

The systematic review searches for any application used for health care in the prison system.

19. * Participants/population.

Specify the participants or populations being studied in the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

The prison population over 18 years old, in a closed, open or semi-open regime, as well as ex-prisoners will be included. Articles that do not deal with mHealth will be excluded.

20. * Intervention(s), exposure(s).

Give full and clear descriptions or definitions of the interventions or the exposures to be reviewed. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Articles and publications that present applications used for health care in the prison system will be included.

21. * Comparator(s)/control.

Where relevant, give details of the alternatives against which the intervention/exposure will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group). The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

The applications can be compared to other technologies used for health care in the prison system.

22. * Types of study to be included.

Give details of the study designs (e.g. RCT) that are eligible for inclusion in the review. The preferred format includes both inclusion and exclusion criteria. If there are no restrictions on the types of study, this should be stated.

There is no article restriction.

23. Context.

Give summary details of the setting or other relevant characteristics, which help define the inclusion or exclusion criteria.

Paid articles will be excluded.

24. * Main outcome(s).

Give the pre-specified main (most important) outcomes of the review, including details of how the outcome is defined and measured and when these measurement are made, if these are part of the review inclusion criteria.

The Review will identify health care applications in order to define whether or not there are articles aimed at controlling infectious diseases in the population deprived of liberty. The research group's intention is to develop this application to control infectious diseases in the population deprived of liberty.

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you main outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat.

These measures are not covered.

25. * Additional outcome(s).

List the pre-specified additional outcomes of the review, with a similar level of detail to that required for main outcomes. Where there are no additional outcomes please state 'None' or 'Not applicable' as appropriate to the review

Not applicable

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you additional outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat.

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



Not applicable

26. * Data extraction (selection and coding).

Describe how studies will be selected for inclusion. State what data will be extracted or obtained. State how this will be done and recorded.

~~Canby~~ Publication

Title

Study Design

objective

Place

Number of involved

Data analysis

risk of bias

outcome

Type of statistical analysis

Results found

27. * Risk of bias (quality) assessment.

State which characteristics of the studies will be assessed and/or any formal risk of bias/quality assessment tools that will be used.

For the evaluation of quality requirements, the ISO/IEC 25010/2011 was used. Articles were selected that present quality assessments of technologies during their elaboration/validation according to the norms of the International Organization for Standardization (ISO)/ International Electrotechnical Commission (IEC) 25010:2011, with the criteria of the evaluations carried out with a focus on usability , functionality, efficiency, compatibility, data security, maintainability, portability and reliability.

28. * Strategy for data synthesis.

Describe the methods you plan to use to synthesise data. This must not be generic text but should be specific to your review and describe how the proposed approach will be applied to your data. If meta-analysis is planned, describe the models to be used, methods to explore statistical heterogeneity, and software package to be used.

~~Canby~~ synthesis will be carried out from a table which will contain the following data:

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



Title

Study Design

objective

Place

Number of involved

Data analysis

risk of bias

outcome

Type of statistical analysis

Results found

29. * Analysis of subgroups or subsets.

State any planned investigation of 'subgroups'. Be clear and specific about which type of study or participant will be included in each group or covariate investigated. State the planned analytic approach.

There is no subgroup analysis.

30. * Type and method of review.

Select the type of review, review method and health area from the lists below.

Type of review

Cost effectiveness

No

Diagnostic

No

Epidemiologic

No

Individual patient data (IPD) meta-analysis

No

Intervention

No

Living systematic review

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



No

Meta-analysis

No

Methodology

No

Narrative synthesis

No

Network meta-analysis

No

Pre-clinical

No

Prevention

No

Prognostic

No

Prospective meta-analysis (PMA)

No

Review of reviews

No

Service delivery

No

Synthesis of qualitative studies

No

Systematic review

Yes

Other

No

Health area of the review

Alcohol/substance misuse/abuse

No

Blood and immune system

No

Cancer

No

Cardiovascular

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



No

Care of the elderly

No

Child health

No

Complementary therapies

No

COVID-19

No

Crime and justice

No

Dental

No

Digestive system

No

Ear, nose and throat

No

Education

No

Endocrine and metabolic disorders

No

Eye disorders

No

General interest

No

Genetics

No

Health inequalities/health equity

No

Infections and infestations

No

International development

No

Mental health and behavioural conditions

No

Musculoskeletal

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



No

Neurological

No

Nursing

No

Obstetrics and gynaecology

No

Oral health

No

Palliative care

No

Perioperative care

No

Physiotherapy

No

Pregnancy and childbirth

No

Public health (including social determinants of health)

Yes

Rehabilitation

No

Respiratory disorders

No

Service delivery

No

Skin disorders

No

Social care

No

Surgery

No

Tropical Medicine

No

Urological

No

Wounds, injuries and accidents

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



No

Violence and abuse

No

31. Language.

Select each language individually to add it to the list below, use the bin icon to remove any added in error.

English

There is not an English language summary

32. * Country.

Select the country in which the review is being carried out. For multi-national collaborations select all the countries involved.

Brazil

33. Other registration details.

Name any other organisation where the systematic review title or protocol is registered (e.g. Campbell, or The Joanna Briggs Institute) together with any unique identification number assigned by them. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SRDR), details and a link should be included here. If none, leave blank.

Not applicable

34. Reference and/or URL for published protocol.

If the protocol for this review is published provide details (authors, title and journal details, preferably in Vancouver format)

Not Applicable

Add web link to the published protocol.

Not applicable

Or, upload your published protocol here in pdf format. Note that the upload will be publicly accessible.

No I do not make this file publicly available until the review is complete

Please note that the information required in the PROSPERO registration form must be completed in full even if access to a protocol is given.

35. Dissemination plans.

Do you intend to publish the review on completion?

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



Yes

Give brief details of plans for communicating review findings.?

Publication in an international journal

36. Keywords.

Give words or phrases that best describe the review. Separate keywords with a semicolon or new line. Keywords help PROSPERO users find your review (keywords do not appear in the public record but are included in searches). Be as specific and precise as possible. Avoid acronyms and abbreviations unless these are in wide use.

Mobile Applications; Health Education; Health Policy; Prisons; Public Health.

37. Details of any existing review of the same topic by the same authors.

If you are registering an update of an existing review give details of the earlier versions and include a full bibliographic reference, if available.

Not applicable

38. * Current review status.

Update review status when the review is completed and when it is published. New registrations must be ongoing so this field is not editable for initial submission.

Please provide anticipated publication date

Review_Ongoing

39. Any additional information.

Provide any other information relevant to the registration of this review.

40. Details of final report/publication(s) or preprints if available.

Leave empty until publication details are available OR you have a link to a preprint (NOTE: this field is not editable for initial submission). List authors, title and journal details preferably in Vancouver format.

Give the link to the published review or preprint.

ANEXO K – Conteúdo do App – Conceitos, diagnósticos e indicadores

TUBERCULOSE - CONCEITOS

Descrição da patologia

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Afeta principalmente os pulmões, mas pode ocorrer em outros órgãos, caracterizando-se como tuberculose extrapulmonar.

Epidemiologia da doença

No ano de 2020, o Brasil registrou 66.819 casos novos de TB, dos quais 8.978 (13,44%) ocorreram na População Privada de Liberdade (PPL), percentual que vem crescendo ao longo dos anos. A TB nas instituições penais constitui um sério problema de saúde pública, com relativa frequência de formas resistentes a um ou mais agente tuberculostático (multirresistentes). A PPL tem 28 vezes mais chances de adoecer por TB do que a população geral, isso ocorre devido a fatores como:

- Falta de assistência direta de profissionais de saúde;
- Proximidade com uma pessoa enferma;
- Celas mal ventiladas, superlotadas, mal iluminadas;
- Condições insalubres interligadas a outros fatores (infecção pelo HIV, má nutrição, baixos padrões de higiene, uso de drogas, insuficiência e dificuldade de acesso aos serviços de saúde).

O risco de adoecer por TB é partilhado entre a PPL, profissionais da segurança, de saúde e visitantes. Em suma, todas as pessoas que frequentam as prisões, além disso a mobilidade do preso dentro do sistema aumenta o risco, uma vez que o preso circula entre

diferentes instituições do sistema judiciário, centros de saúde e comunidade geral, durante e após o cumprimento da sua sentença.

A prevalência de TB ativa na população encarcerada masculina, avaliada através de inquéritos radiológicos, variou entre 4,6% e 8,6% nas prisões do Rio de Janeiro e foi de 9,0% em Porto Alegre. Estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que 84% dos doentes adquiriram a TB na prisão. Esses dados sugerem que a TB entre os presos está predominantemente relacionada à transmissão intrainstitucional massiva ligada às precárias condições de encarceramento na maioria das prisões brasileiras (Ministério da Saúde, 2021).

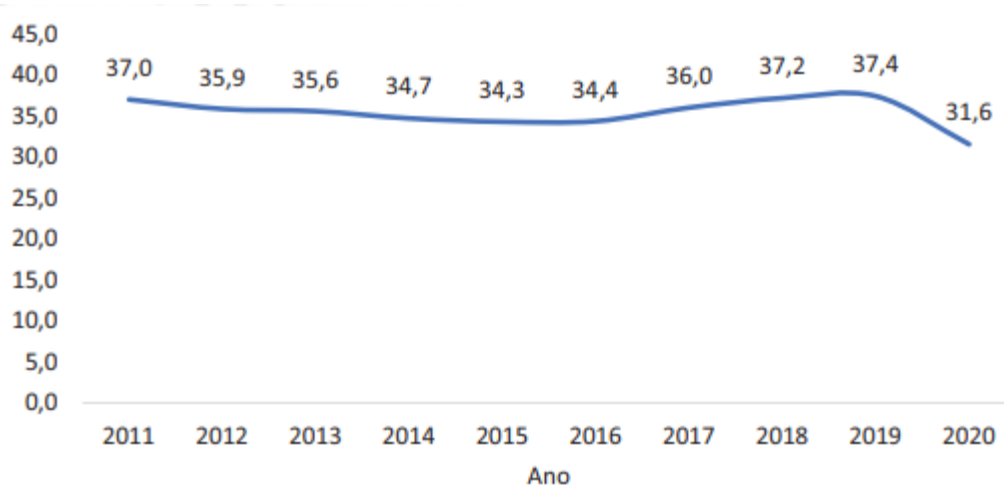


Figura 1 - Incidência Tuberculose no Brasil por 100.000 habitantes

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

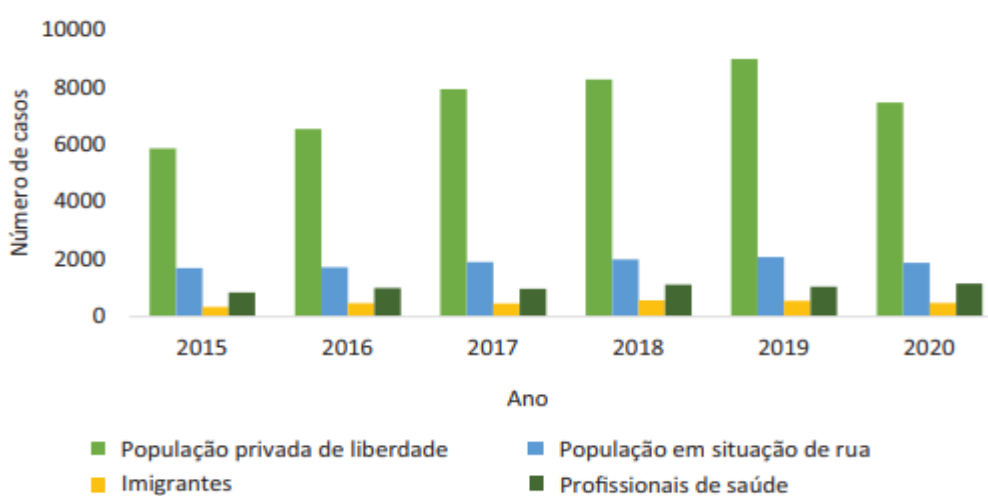


Figura 2 - Tuberculose em populações vulneráveis 2015-2020.

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Forma de contágio

É transmitida por via aérea, por meio da inalação de bacilos suspensos no ar, expelidos pelo indivíduo doente. As gotículas, após serem expelidas, podem ficar suspensas no ar por horas. Os bacilos expelidos em superfícies, como roupas ou objetos, não transmite a doença. Estima-se que, em uma comunidade, uma pessoa infectada transmita a doença para de 10 a 15 pessoas em um ano.

Sinais e sintomas

O principal sintoma é a tosse que persiste por mais de duas semanas. Pode ocorrer cansaço, dor no peito, febre, falta de ar, perda de apetite e catarro com sangue. A tuberculose não tratada, pode levar a morte. Relatório da OMS indica que 1,5 milhão de pessoas morreram de TB em 2020 no mundo.

Prevenção

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, para os anos de 2021 a 2025, em seus pilares e estratégias, salientam a intensificação das ações estratégicas voltadas às populações mais vulneráveis ao adoecimento por TB, com o propósito de aumentar a visibilidade das ações específicas para a qualificação do cuidado a essas populações, assim como o enfrentamento da pobreza e de outros determinantes sociais da TB e o engajamento multisetorial.



Figura 3 – Princípios da Estratégia pelo Fim da Tuberculose

Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

No sistema prisional é recomendado:

- Melhorar a circulação de ar;
- Favorecer a iluminação natural;
- Promover ações educativas, troca de informações e capacitação dos profissionais;
- Buscar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para a cura e interrupção da cadeia de transmissão;
- Estabelecer rotinas e fluxos para exames diagnósticos na porta de entrada do sistema prisional e busca ativa periódica de casos nas galerias.

Fluxos para o diagnóstico

O primeiro passo é a identificação dos Sintomáticos Respiratórios, que são todas as pessoas com tosse por três semanas ou mais; no sistema prisional esse tempo cai para duas semanas. Identificado o sintomático respiratório, devem ser coletadas duas amostras de escarro: a primeira, no momento da identificação; e a segunda, no dia seguinte em jejum. Esse

escarro deve ser enviado ao laboratório para baciloscopia direta (BAAR), cultura para micobactéria, teste de sensibilidade e teste rápido molecular, quando disponível. A PPL tem indicação de realizar o exame de cultura de escarro para diagnóstico em todos os casos suspeitos.

A detecção de casos limitada à demanda espontânea não é suficiente para reduzir a ocorrência de TB e, para ter impacto significativo sobre a prevalência da TB, deve estar associada à estratégia de busca ativa entre ingressos e rastreamento de massa (“campanha” de busca ativa). Os profissionais de saúde prisional devem sempre perguntar às PPL que vão ao serviço de saúde se apresentam tosse (de qualquer duração), qualquer que seja o motivo da consulta. Se a tosse estiver presente, deve-se proceder à investigação diagnóstica para TB.

A busca ativa no momento do ingresso tem um papel importante na detecção precoce da TB e tem por objetivo identificar e tratar os pacientes com a doença, impedindo a introdução de novos casos nas unidades prisionais. Deve fazer parte do exame de saúde admissional e ser realizado no prazo máximo de 7 dias após o ingresso na unidade prisional. No momento da admissão, na porta de entrada do sistema prisional, a PPL deve ser questionada sobre a presença de tosse, avaliada clinicamente e, se possível, realizar avaliação radiológica. A busca ativa de sintomáticos respiratórios deve ser realizada duas vezes por ano ou definido de acordo com os programas municipais e estaduais vigentes. Sugere-se a utilização do score clínico da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) adaptado, entregue a PPL, no qual irão marcar os sintomas que apresentam. Pontuação acima de 5 pontos indica que deve ser realizada a baciloscopia e cultura de escarro para investigação da tuberculose.

Além de ser uma estratégia de controle, o rastreamento de massa permite dimensionar o problema, sensibilizar as autoridades e toda a comunidade prisional, obter linha de base (no primeiro rastreamento) para planejar as ações de controle e constitui importante mote para a realização de atividades educativas com as PPL e profissionais do sistema prisional.

Sintomas respiratórios	Sim/Não	Pontuação
Falta de apetite (1 ponto)		
Perda de peso nos últimos 3 meses (1 ponto)		
Dor no peito (1 ponto)		
Expectoração (1 ponto)		
Tosse por mais de duas semanas (2 pontos)		

Figura 4 – Score Clínico da OMS adaptado.

Fonte: dos autores

Busca ativa em contatos

Os objetivos da avaliação de contatos no sistema prisional, a partir de uma PPL com TB pulmonar ou laríngea, são: identificar outras pessoas com TB ativa (por meio da busca de sintomático respiratório); e /ou identificar pessoas infectadas pelo HIV. Em unidades prisionais com celas coletivas e/ou naquelas onde há permanência de grande número de PPL em espaços comuns, todas as PPL de uma mesma cela ou galeria devem ser consideradas como contato, o que, na prática, pode implicar a realização de busca ativa sistemática em toda a unidade prisional. Indica-se realizar os exames para diagnóstico de TB em todos os contatos que tiverem tosse, independentemente da sua duração. Sempre que possível, a radiografia de tórax deve ser realizada. Para os contatos infectados pelo HIV, desde que descartada a TB ativa, deve-se realizar tratamento da ILTB.

Não está indicada a realização da prova tuberculínica para contatos em ambiente prisional porque, dada alta probabilidade de ocorrência de reinfecções em curto espaço de tempo, a indicação de tratamento da infecção latente é duvidosa. Os contatos familiares das PPL com TB devem ser orientados a procurar serviço de saúde extramuros para avaliação do risco e rastreamento adequado, quando necessário.

Tratamento

O tratamento é padronizado pelo Ministério da Saúde e realizado em duas fases: intensiva e de manutenção. A fase de ataque tem duração de dois meses chamada de 2RHZE (sendo R = Rifampicina; H = Isoniazida; Z = Pirazinamida; e E = Etambutol) e a fase de manutenção tem duração de 4 meses, sendo chamada de 4 RH (Rifampicina e Isoniazida). A dose diária varia de 2 a 4 comprimidos, ingeridos ao mesmo tempo todos os dias.

O tratamento de TB nas PPL deve ser diretamente observado e realizado exclusivamente por profissionais de saúde, para que seja possível fortalecer o vínculo entre a PPL e o serviço/profissionais de saúde; garantir um acesso rápido ao serviço de saúde em caso de ocorrência de efeitos adversos decorrentes do tratamento, assim reduzindo a possibilidade de uso irregular; favorecer o reconhecimento do preso como alguém que está doente, cujo cuidado é responsabilidade dele e dos profissionais de saúde; evitar que a medicação seja usada como elemento de troca e de pressão; e possibilitar momentos de troca de informações, estabelecimento do cuidado, diferenciando-se de medidas de controle e fiscalização que prevalecem nas prisões.

Para garantia do tratamento adequado e maiores chances de cura da doença foi instituído no Brasil, em 1998, o Tratamento Diretamente Observado (TDO), que consiste na supervisão da ingestão diária dos medicamentos por um profissional da saúde treinado. O TDO promove adesão terapêutica, prevenção de cepas resistentes e redução das taxas de abandono. Para ser considerado TDO, o profissional deve observar a tomada de medicação ao menos três vezes por semana, totalizando, no mínimo, 24 tomadas na fase de ataque e 48 tomadas na fase de manutenção. Além da medicação, o paciente deve realizar uma consulta mensal, aferição regular do peso e baciloscopia de controle.

Coinfecção TB/HIV

As precárias condições de saúde no ambiente prisional o tornam suscetível não apenas às doenças infectocontagiosas de forma singular, mas também a coinfecção, isto é, acometimento de duas ou mais enfermidades ao mesmo tempo. A coinfecção de TB/HIV é observada frequentemente no ambiente prisional e é merecedora de atenção pelos profissionais das instituições penais. Segundo o Ministério da Saúde essa coinfecção é considerada um potencial fator para o aumento da mortalidade dos pacientes acometidos.

Apesar de os apenados positivos para o HIV serem mais suscetíveis a desenvolver Tuberculose - 21 a 34 vezes mais chances - que a população geral, o mais observado no ambiente prisional é, entretanto, o diagnóstico de HIV em pacientes já acometidos pela TB. Assim, devido ao aumento de riscos que a coinfeção traz, somados ao diagnóstico tardio que agrava a mortalidade, a realização de testes rápidos para a adequada identificação das infecções faz-se imprescindível.

Registro e notificação

Os casos de TB devem ser notificados através da ficha do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), mencionando a origem prisional do caso, no campo 33 – Populações Especiais. Os casos devem ser acompanhados e encerrados oportunamente no SINAN.

Recomenda-se o uso dos livros verdes (ou azuis na sua última versão) para o monitoramento e avaliação dos casos de cada Instituição Penal, sendo eles o “Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde”, http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66887/livro_registro_sintomatico_tb_23set19_isbn.pdf?file=1&type=node&id=66887&force=1 e “Registro de Pessoas com Tuberculose e acompanhamento do tratamento” http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66886/livro_registro_pessoas_tb_23set19_isbn.pdf?file=1&type=node&id=66886&force=1

Referências:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025. Brasília, 2021. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose 2021. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-tuberculose-2021>

WHO. World Health Organization. Tuberculosis control in prisons: a manual for programme managers. Geneva: 2000, WHO/CDS/TB.

Referências complementares:

Fiocruz Brasília (Fundação Oswaldo Cruz - Brasília). Prisões Livres de Tuberculose - Fiocruz Brasília. Youtube, 2019. <https://www.youtube.com/watch?v=ph5IWAAd2XV0>.

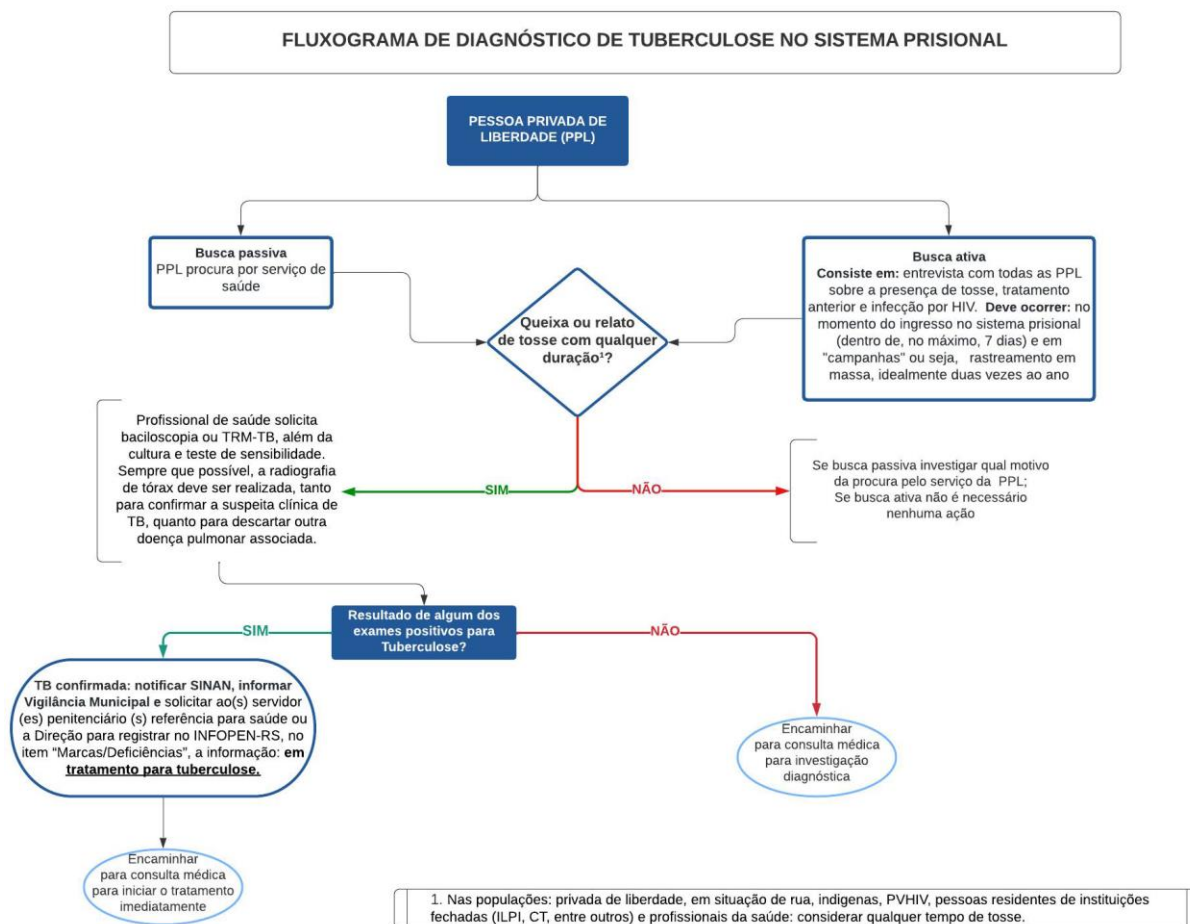
Prisões Livres de Tuberculose. TDO é estratégia de adesão ao tratamento e cura da tuberculose. Youtube, 2019. <https://www.youtube.com/watch?v=t4T79hltUa4>.

Prisões Livres de Tuberculose. Estratégias de Comunicação e Educação em Saúde - Projeto Prisões Livres de Tuberculose!. Youtube, 2018. https://www.youtube.com/watch?v=eUHg0p_ax14.

Prisões Livres de Tuberculose. Você conhece a etiqueta da tosse? Youtube, 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=PuUv3uyyv8Q>.

Relatório Global sobre Tuberculose 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>

TUBERCULOSE - DIAGNÓSTICO



Fonte: CEVS/SES/RS

TUBERCULOSE - INDICADORES

1) PROPORÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE TESTADOS PARA HIV

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Casos novos de tuberculose notificados com teste de HIV realizado em determinado período

DENOMINADOR – Número de casos de tuberculose notificados em determinado período.

FÓRMULA: $\text{NUMERADOR/DENOMINADOR} \times 100$ (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 70%

Amarelo – entre 70% e 85%

Verde – Acima de 85%

Interpretação:

Reflete o quantitativo dos casos de tuberculose que foram testados para HIV. Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de morte em pacientes portadores da Aids, a identificação precoce dos casos HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório no desfecho de tratamento possa ser alcançado. Espera-se que 100% dos casos de tuberculose sejam testados para HIV.

Apresenta restrição no uso sempre que ocorra elevada proporção do resultado do exame “em andamento”, por esse motivo para o cálculo do indicador apenas serão considerados casos de tuberculose testados para HIV se o resultado do teste for “positivo” ou “negativo”.

2) PROPORÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE QUE REALIZARAM O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de casos de tuberculose que realizaram TDO no período analisado

DENOMINADOR – Número de casos de tuberculose notificados no período avaliado

FÓRMULA: NUMERADOR/DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 50%

Amarelo – entre 50% e 60%

Verde – Acima de 60%

Interpretação:

A estratégia DOTS (*Directly observed treatment, short-course*) é recomendada mundialmente por garantir melhores resultados de tratamento. Possui como um dos seus componentes o tratamento diretamente observado (TDO).

A recomendação nacional é que a tomada da medicação seja supervisionada diariamente, no entanto, quando a observação da tomada dos medicamentos foi realizada no mínimo 3 vezes por semana na primeira fase e 2 vezes por semana na fase de manutenção do tratamento o mesmo pode ser considerado diretamente observado. Assim sendo, no numerador devem ser incluídos somente os casos que atingiram esse total, ou seja, 24 tomadas diretamente observadas nos dois primeiros meses e 36 nos quatro últimos meses do esquema básico.

É necessário a atualização dos dados referentes a realização do tratamento diretamente observado mensalmente por meio do boletim de acompanhamento do SINAN.

3) PROPORÇÃO DE CASOS REGISTRADOS NO SINAN E COM ACOMPANHAMENTO EM DIA

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de notificações de tuberculose incluídas no sistema informatizado e com acompanhamento em dia

DENOMINADOR – Todas as notificações de tuberculose incluídas no sistema informatizado no período avaliado

FÓRMULA: $\text{NUMERADOR/DENOMINADOR} \times 100$ (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 70%

Amarelo – entre 70% e 85%

Verde – Acima de 85%

Interpretação:

Expressa a velocidade com que as notificações estão sendo incluídas no sistema informatizado.

Recomenda-se nacionalmente que a notificação dos casos de tuberculose sejam incluídas no SINAN num prazo máximo de 07 dias e o Boletim de Acompanhamento atualizado a cada 30 dias.

HIV/AIDS - CONCEITOS

Descrição da patologia

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um vírus citopático e não oncogênico, que degrada principalmente os linfócitos T CD4+, gerando disfunção no sistema imunológico. É o vírus causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e representa um problema de saúde pública.

Epidemiologia do HIV no sistema prisional

Em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos de HIV no Brasil, sendo 29.917 casos de Aids, com taxa de detecção de 14,1/100 mil habitantes. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de Aids no Brasil, que passou de 22,0/100 mil habitantes em 2012 para 14,1/100 mil habitantes em 2020, configurando um decréscimo de 35,7%.

O Rio Grande do Sul ainda lidera de forma negativa os principais indicadores de HIV no Brasil como a taxa de detecção, mortalidade e HIV em gestantes. Em 2020, o Rio Grande do Sul apresentou taxa de detecção de HIV de 21,8/100 mil habitantes, ocupando a segunda posição no cenário nacional. O coeficiente de mortalidade foi de 7,2 óbitos/100 mil habitantes e a taxa de detecção de HIV em gestantes foi de 8,1 casos/mil nascidos vivos, sendo que ambos os indicadores colocam o estado na primeira posição nacional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a transmissão do HIV pode ser 60 vezes maior no sistema prisional quando comparada a população geral, devido, principalmente, à assistência inadequada e à vulnerabilidade da PPL. Os sistemas oficiais de informação em uso no Brasil em 2022 não apresentam informações para o recorte da PPL.

Forma de contágio

- Via sexual, através do contato com esperma e secreção vaginal, mediante relações sexuais desprotegidas;
- Pelo sangue, através da gestação, parto ou via parenteral, mediante utilização de sangue não testado adequadamente, transplante de órgãos de pessoas não testadas, compartilhamento de seringas ou agulhas, ou acidente ocupacional;
- Pelo leite materno.

Nota: A presença de outros processos infecciosos e inflamatórios, principalmente de outra Infecção Sexualmente Transmissível (IST), assim como a carga viral alta, aumentam a transmissibilidade do vírus.

Sinais e sintomas

O HIV pode ser transmitido mesmo sem nenhum sintoma, ou seja, a pessoa não precisa estar doente de Aids para transmitir o vírus do HIV. Após o contágio, a pessoa infectada pode desenvolver a Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que pode passar despercebida ou ser confundida com um resfriado. A SRA, também chamada de infecção aguda ou infecção primária, é o período de incubação do vírus que pode variar de 1 a 4 semanas. Nesta fase, pelo menos metade das pessoas infectadas apresentam algum sinal clínico, que desaparecem até quatro semanas, e podem ser variados, desde um quadro de síndrome gripal, infecção viral, febre, adenopatia, mialgia, cefaleia, perda de peso, náusea, vômito, artralgia, ulcerações na mucosa oral, esôfago e genitália. A linfadenopatia, astenia e letargia podem persistir por vários meses.

Após a infecção primária, a pessoa infectada passa por uma fase assintomática que pode durar meses ou anos e os exames para HIV passam a ser reagentes. Na fase sintomática inicial, as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) podem apresentar sintomas inespecíficos e processos oportunistas de menor gravidade, denominados como sintomas do complexo relacionado a Aids (ARC): linfadenopatia, febre, diarreia, astenia, sudorese noturna ou perda de peso, em período superior a um mês.

O surgimento de infecções oportunistas ou neoplasias são o que definem a Aids. Entre as infecções oportunistas, as pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar, meningite e retinite por citomegalovírus apresentam maior frequência. Já as neoplasias mais comuns são Sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino.

Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças a certos órgãos, que podem estar presentes durante toda a evolução, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias.

Fluxos para o diagnóstico

Os testes rápidos (TR) devem ser realizados pelas equipes de saúde prisional, preferencialmente na porta de entrada, no momento de admissão da PPL. Nas instituições penais que não dispõem de equipes de saúde é importante definir fluxos de testagem, que pode incluir a Estratégia de Saúde da Família responsável pelo território ou a equipe de vigilância epidemiológica do município.

Amostra reagente é definida através de dois testes rápidos reagentes, contendo antígenos diferentes. Em seguida realiza-se o exame de quantificação de carga viral e contagem dos linfócitos T-CD4 e, o profissional assistente avalia a possibilidade de iniciar imediatamente a Terapia Antirretroviral (TARV).

Fora do Sistema prisional, as pessoas podem realizar o teste rápido nas unidades básicas de saúde, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou ainda, em farmácias, existe a possibilidade do auto teste e do teste de fluído oral.

Diagnóstico Precoce

O diagnóstico precoce impacta na menor morbimortalidade, na melhor qualidade de vida das PVHIV e na diminuição dos custos com saúde e seguridade social. Diagnóstico precoce só é possível com testagem em massa da população. Como o Rio Grande do Sul tem alta taxa de detecção, o Programa Estadual de IST recomenda ao menos uma testagem anual de HIV para todos os cidadãos gaúchos. Diagnosticar precocemente significa identificar a infecção pelo HIV antes da pessoa apresentar deficiência imunológica, o que significa que o primeiro teste de CD4+ que a pessoa realizar na vida não pode ser inferior a 200 cells/mm³.

Em alguns municípios gaúchos o diagnóstico tardio pode ultrapassar 30% dos diagnósticos de HIV.

Vulnerabilidade no Contexto do HIV

A Vulnerabilidade no contexto do HIV pode se dar em várias dimensões como a individual, que pode ser comportamental ou cognitiva, social ou programática.

A vulnerabilidade individual comportamental está relacionada ao consumo de drogas, relações sexuais precoces e desprotegidas, número de parceiros sexuais, não uso de preservativo, histórico de IST, compartilhamento de objetos íntimos. A vulnerabilidade individual cognitiva refere-se ao conhecimento, práticas e atitudes, avaliação de risco de adquirir uma IST, acesso à informação, entre outras.

A vulnerabilidade social inclui idade, sexo, renda, escolaridade, religião, estado civil, tipo de trabalho e deficiência física e intelectual. E a vulnerabilidade programática é aquela que as políticas de saúde podem intervir de forma resolutiva, ou seja, o acesso ao serviço de saúde, tipo e qualidade do serviço, frequência de consultas com profissionais de saúde e orientação profissional quanto a prevenção de IST e saúde sexual e reprodutiva.

Estigma e Discriminação

O estigma e a discriminação estão entre os principais obstáculos no cuidado da pessoa vivendo com HIV, prejudicando esforços no enfrentamento da epidemia. Nessa situação, as pessoas podem ter medo de procurar o serviço de saúde, informações e métodos que reduzem o risco de infecção.

O medo do estigma e da discriminação também podem estar ligados ao medo da violência, fazendo com que as pessoas que vivem com HIV não revelem sua sorologia nem para familiares e parceiros sexuais, prejudicando a adesão ao tratamento, o acesso aos

insumos de prevenção e a possibilidade de se manterem saudáveis, caso já estejam vivendo com o vírus.

O estigma está relacionado às crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas que vivem com HIV; a discriminação refere-se ao tratamento desigual e injusto com pessoas que vivem com HIV.

Tratamento

Os medicamentos antirretrovirais surgiram na década de 1980 para impedir a multiplicação do HIV no organismo. Esses medicamentos ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. O tratamento consiste em melhorar a qualidade de vida e prevenir a transmissão do vírus, por meio da supressão viral, reduzindo o número de interações e infecções por doenças oportunistas. A TARV é disponibilizada exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma gratuita desde 1996 para todos os cidadãos brasileiros e fornecida à PPL por meio da instituição penal. Espera-se que após 8 semanas de tratamento regular a Carga Viral do HIV esteja indetectável na corrente sanguínea. A Cascata de cuidados apresenta um desencontro importante entre a população que desconhece ser portadora do HIV, aqueles que estão em tratamento e o quanto efetivo é este tratamento.

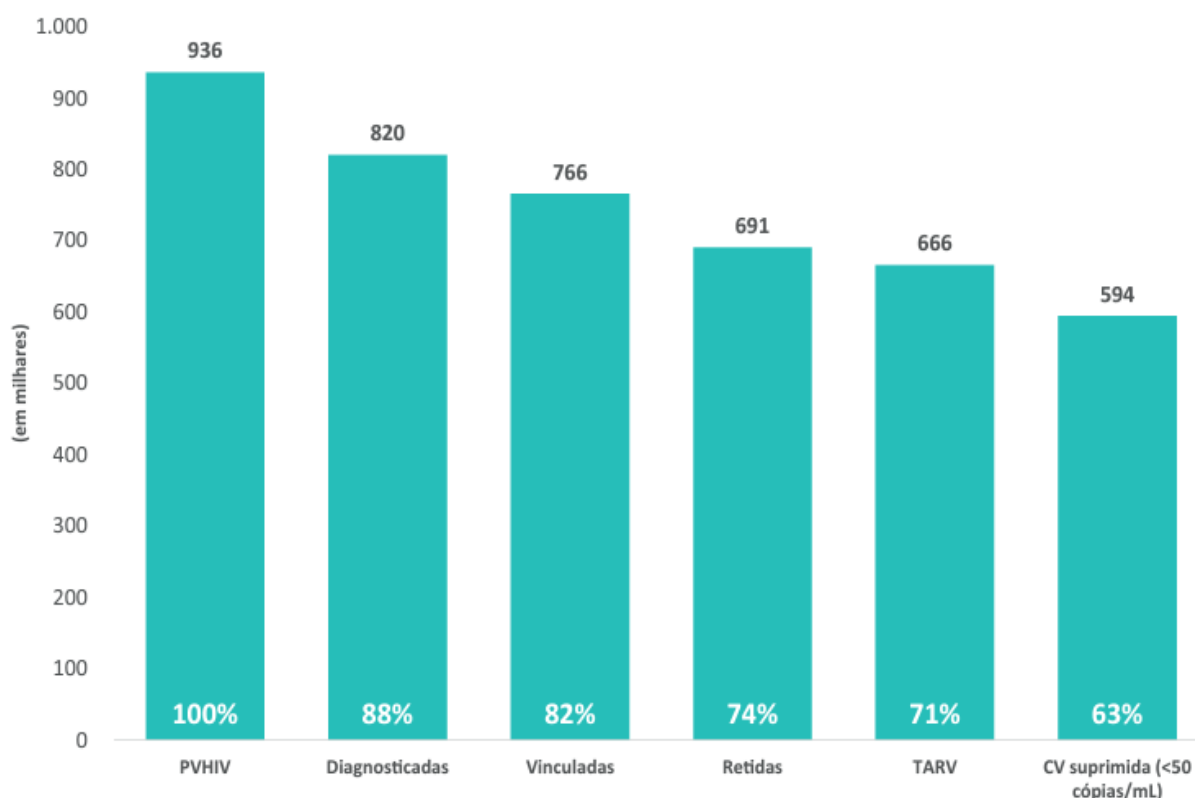


Figura 1. Cascata de cuidado contínuo do HIV*. Brasil, 2020

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

*Proporções calculadas em relação ao número de PVHA

Desde 2015, a oferta do tratamento foi ampliada, o que significa tratar todas as pessoas com diagnóstico de HIV, independente do CD4+ e da Carga Viral, objetivando contribuir para o fim da epidemia de Aids. A meta 90/90/90 busca que 90% das pessoas saibam que portam o vírus; 90% recebam a TARV regularmente e, 90% alcancem a supressão viral. Essa meta deveria ter sido alcançada em 2020, com uma nova meta para 2035.

O tratamento precoce oportuniza ao paciente 27% menos chance de ter um evento clínico grave; 36% menos chance de ter um evento definidor da Aids e 51% menos chance de desenvolver tuberculose. A expectativa de vida de uma pessoa portadora de HIV é quase normal e, após a oferta de tratamento, houve um declínio nas mortes relacionadas ao HIV em países de baixa renda. Além dos benefícios para a saúde, o tratamento economiza dinheiro público, pois impede a transmissão do vírus e diminui as complicações da doença.

Além disso, “I = I”, o que significa Indetectável = Intransmissível. Foi comprovado cientificamente que pessoas que vivem com HIV e tem a carga viral indetectável não transmitem o vírus. Dessa forma, o tratamento também é uma forma de prevenção.

Prevenção Combinada

Para garantir a saúde da PPL e manter o controle da doença, estão indicadas as seguintes ações no sistema prisional:

- Testagem rápida na porta de entrada do sistema prisional e busca ativa minimamente anual nas galerias para o diagnóstico do HIV;
- Distribuição de preservativos para as todas as pessoas presas e servidores;
- Ações de redução de danos nas unidades prisionais;
- Elaboração de material educativo e instrucional;
- Ações de vigilância de Aids, HIV e outras IST's;
- Ações de promoção à adesão e não abandono do tratamento;
- Implementação da Profilaxia Pós Exposição (PEP) e da Profilaxia Pré-Exposição (PREP) nas instituições penais.

A PrEP é um método preventivo que consiste no uso diário de antirretroviral por pessoas que não vivem com HIV, mas estão expostas à infecção como homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e casais sorodiscordantes.

A PEP é uma medida preventiva de urgência que atende indivíduos já expostos aos vírus por diferentes motivos. O tratamento é realizado por meio de dois medicamentos diários ao longo de 28 dias, de modo a eliminar o HIV.

Para o controle da epidemia de HIV foram definidas populações-chave, nas quais a detecção do HIV tem taxas de detecção muito superiores a população geral. Essas populações chave são: profissionais do sexo, gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas e PPL.

Além disso, a estratégia de Prevenção Combinada foi instituída, pelo Ministério da Saúde, associando ações para prevenção do HIV, com abordagem biomédica, comportamental

e socioestrutural, aplicadas a nível social, comunitário ou individual, conforme as ações abaixo:

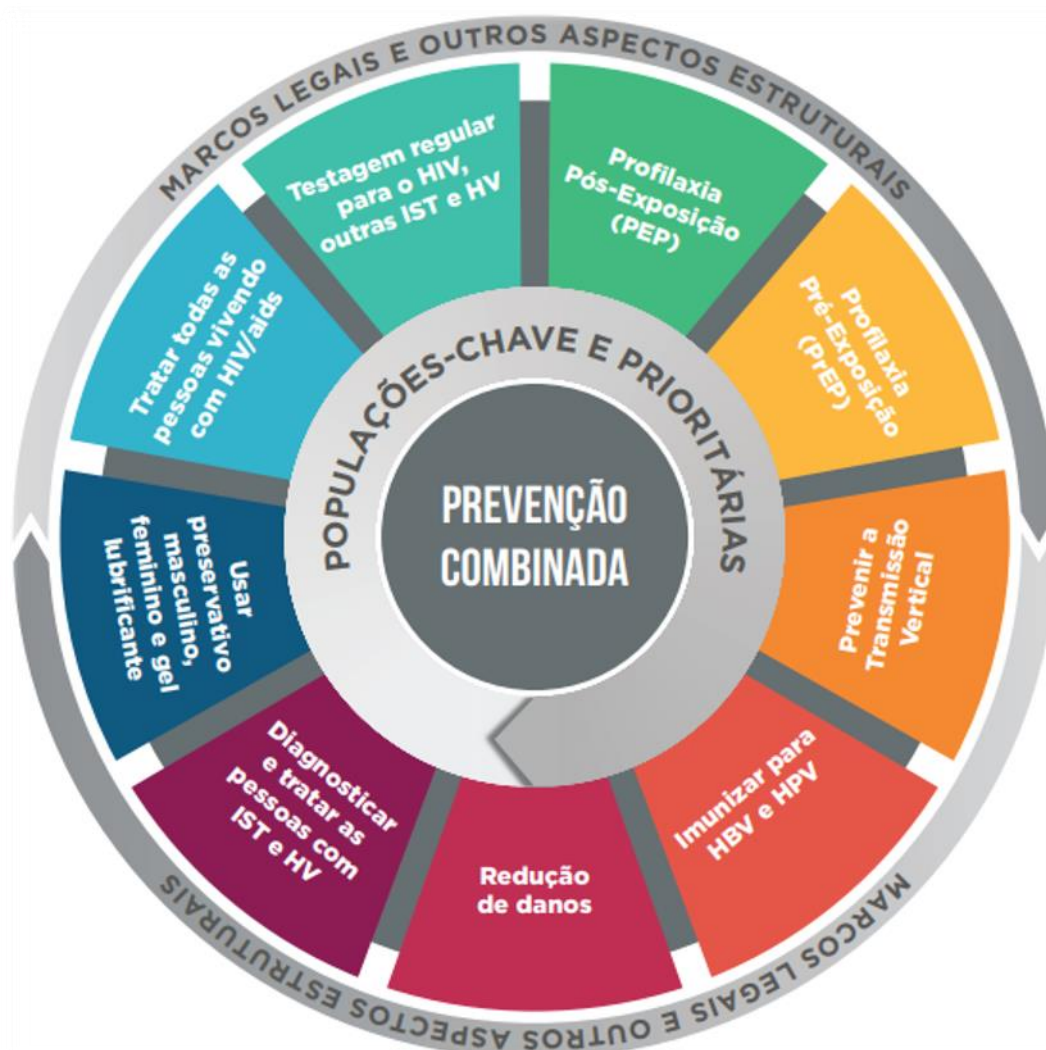


Figura 2. Mandala da Prevenção Combinada

Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

O Modelo da Mandala da Previsão Combinada permite a combinação das estratégias, considerando as condições individuais, o estilo de vida e a interação social das pessoas.

Registro e notificação

A notificação dos casos de Aids fazem parte da Lista de Notificação Compulsória (LNC) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que a partir de 2014, passou a incluir também os casos de HIV. Porém, ainda há muita subnotificação, de forma que o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, utiliza outros Sistemas de Informação para determinar números de infecção pelo HIV no país, tais como: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Monitoramento de Insumos de Prevenção (PREVINI) e o Sistema de Informação para Rede de Genotipagem (SISGENO).

Fichas de notificação do SINAN:

Ficha de notificação de HIV/Aids no adulto

http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsAdulto/Aids_adulto_v5.pdf

Ficha de notificação de HIV em Gestante

http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/GestanteHIV/Gestante_HIV_v5.pdf

Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/68259/boletim_aids_2021_internet.pdf?file=1&type=node&id=68259&force=1

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Vigilância em Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2021. <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_monitoramento_clinico_hiv_2020.pdf

Nichiata LYI, Betolozzi MR, Gryscheck ALPL, Araújo NVDL, Padoveze MC, Ciosak SI, Takahashi RF. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(Esp. 2):1769-73.

Telma T, Sam SR, Karinna K, Andrea A. Vulnerabilidade de pessoas privadas de Liberdade ao vírus da imunodeficiência humana. Rev. cuba. Enferm. 2018; 34(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1571>

UNAIDS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS, 2015. https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf

Referências complementares:

CADAMURO, A. C. G. A. et al. Coordenação do cuidado às pessoas que vivem com HIV no sistema prisional. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, v.33, p.1-8, 2020. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO02676>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde lança Campanha de Prevenção ao HIV/Aids. Youtube, 01 de dezembro de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=bGDhVS5qS8Q>

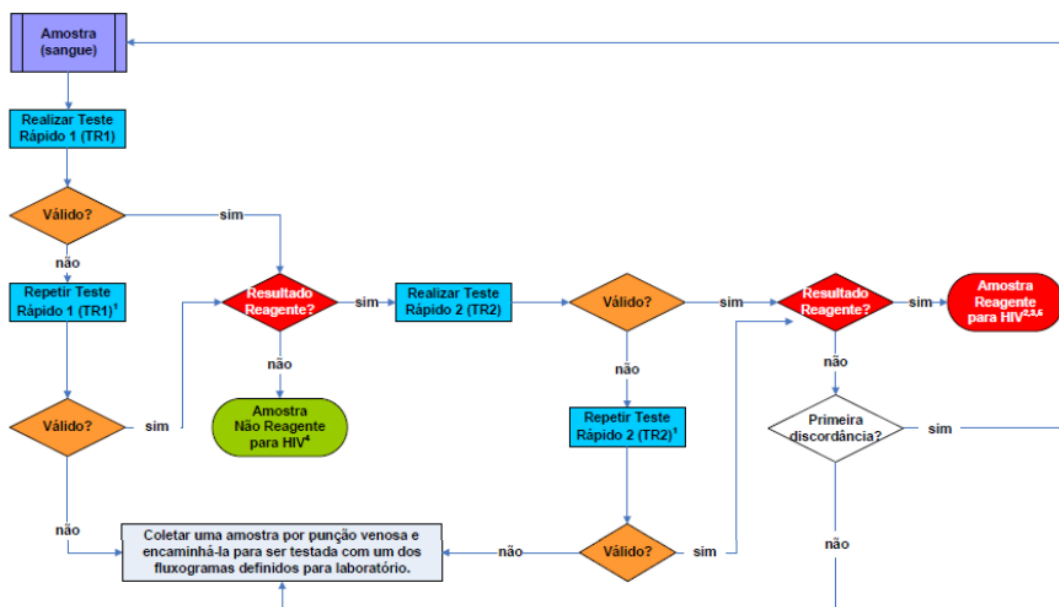
JORNAL O GLOBO. A superlotação nos presídios | Violência encarcerada. Youtube, 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=W0YjKTKQMgQ&t=4s>

Live 3 do Programa de Educação Permanente em Saúde – Sistema Prisional https://www.youtube.com/watch?v=3r1_7yUyVIk&t=332s

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Vigilância epidemiológica. <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/vigilancia-epidemiologica>

HIV/AIDS – DIAGNÓSTICO

Fluxograma de diagnóstico do HIV com utilização de testes rápidos



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Vigilância em Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>

HIV/AIDS - INDICADORES

1) PROPORÇÃO DE PPL TESTADA NA PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA PRISIONAL

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL que realizou teste rápido para HIV na Porta de Entrada de determinada instituição em determinado período

DENOMINADOR – Número de PPL que ingressou na instituição no período

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 80%

Amarelo – entre 80% e 90%

Verde – Acima de 90%

Interpretação:

Reflete o quantitativo da PPL testada na Porta de Entrada do sistema prisional. Para que o tratamento seja realizado em tempo oportuno, antes do adoecimento, é imprescindível o diagnóstico precoce, que somente é possível pela testagem em massa da PPL. A Porta de Entrada é o momento ideal para a testagem, sendo possível identificar se a PPL apresenta a doença no momento do ingresso, reforçando as medidas de prevenção.

2) PROPORÇÃO DE PPL EM USO DE TARV

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL em uso de TARV

DENOMINADOR – Número de PPL com diagnóstico de HIV

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 80%

Amarelo – entre 80% e 90%

Verde – Acima de 90%

Interpretação:

Reflete o quantitativo da PPL em tratamento para o HIV. O tratamento objetiva a supressão viral que irá proporcionar uma melhor qualidade de vida à PVHIV, irá evitar doenças oportunistas e irá evitar o contágio de outras pessoas, pois a baixa carga viral diminui as chances de transmissão do HIV.

3) PROPORÇÃO DE PPL COM CARGA VIRAL INDETECTÁVEL

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL com diagnóstico de HIV e Carga Viral Indetectável

DENOMINADOR – Número de PPL em uso de TARV

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 80%

Amarelo – entre 80% e 90%

Verde – Acima de 90%

Interpretação:

Reflete a eficiência do tratamento do HIV. Quando a medicação é tomada de forma correta a Carga Viral do HIV deve estar indetectável, ou seja, suprimida. Se o paciente

apresentar carga viral para o HIV em uso de TARV há duas possibilidades: baixa adesão ao tratamento ou resistência à medicação. No caso de adesão, exames adicionais devem ser realizados e a medicação deve ser substituída.

HEPATITE B - CONCEITOS

Descrição da patologia

A hepatite viral B é uma doença infecciosa que agride o fígado, causada por um vírus pertencente à família Hepadnaviridae, o HBV. Este vírus está presente no sangue e secreções, e a hepatite B é também classificada como uma infecção sexualmente transmissível. A infecção pode ser aguda ou crônica.

A infecção aguda, na maior parte dos casos, se resolve espontaneamente até seis meses após os primeiros sintomas, sendo considerada de curta duração. Essa resolução é evidenciada pela presença de anticorpos chamados anti-HBs.

Na infecção crônica, o marcador HBsAg permanece no sangue. Quanto maior a idade, menor a chance da infecção se tornar crônica. Cerca de 20% a 30% das pessoas adultas infectadas cronicamente pelo vírus B da hepatite desenvolverão cirrose e/ou câncer de fígado.

A infecção crônica pode ser dividida em quatro fases:

- **Imunotolerância:** ocorre elevada replicação viral, com tolerância do sistema imune e sem evidência de agressão hepatocelular (transaminases normais ou próximas do normal);
- **Imunorreação:** com o esgotamento da tolerância imunológica, ocorre agressão aos hepatócitos, nos quais ocorre replicação viral, gerando aumento das transaminases;
- **Portador inativo:** essa fase é caracterizada por níveis baixos ou indetectáveis de replicação viral, com normalização das transaminases e soroconversão para anti-HBe.
- **Reativação:** em seguida à fase do portador inativo, pode ocorrer reativação viral, com retorno da replicação.

Epidemiologia da doença

No cenário brasileiro, a infecção concentra o maior número de casos na região Amazônica, sendo que trabalhadores do sexo, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de rua são as populações mais vulneráveis a contrair o vírus. Estima-se que no Brasil existem 2 milhões de pessoas com infecção crônica por HBV.

Região	Prevalência (%)
Sul brasileira	0,5 – 1,1
Centro e Nordeste	1,5 – 3
Amazônica	15
População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul	2,5

Figura 1. Prevalência de infecção por HBV

Fonte: MACHADO et al, 2019.

Forma de contágio

- Relações sexuais sem preservativo com uma pessoa infectada;
- Da mãe infectada para o filho, durante a gestação e o parto;
- Compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas);
- Compartilhamento de materiais de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam);
- Na confecção de tatuagem e colocação de piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos que não atendam às normas de biossegurança;
- Por contato próximo de pessoa a pessoa, como cortes e feridas;
- Transfusão de sangue infectado.

Sinais e sintomas

A infecção geralmente é silenciosa. Os sinais e sintomas, quando presentes, costumam se manifestarem em estágios avançados da doença, na forma de cansaço, tontura, enjojo e/ou

vômitos, febre e dor abdominal. A ocorrência de pele e olhos amarelados é observada em menos de um terço dos pacientes com hepatite B.

Fluxo para o diagnóstico

O Ministério da Saúde distribui testes rápidos para a detecção do vírus, os quais são encontrados em todas as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde. A utilização dos testes rápidos permite ampliação das oportunidades de diagnóstico, principalmente entre as populações-chave.

O sistema prisional também conta com testes rápidos de hepatite B, que são testes de triagem. O teste rápido reagente é sugestivo de infecção ativa pelo HBV. Os resultados reagentes, devem ser encaminhados para exame laboratorial confirmatório.

A presença do HBsAg na amostra de sangue do paciente estabelece o diagnóstico de hepatite B. A infecção crônica é definida pela presença do HBsAg reagente por pelo menos seis meses.

Tratamento

O tratamento é realizado com antivirais específicos, disponibilizados no SUS, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções.

O tratamento não cura a infecção pelo vírus da hepatite B, mas podem retardar a progressão da cirrose, reduzir a incidência de câncer de fígado e melhorar a sobrevida em longo prazo. Durante o tratamento é importante que se evite o consumo de bebidas alcoólicas.

Prevenção

A vacinação é altamente eficaz e a principal forma de prevenção. Ela está prevista no calendário de vacinação infantil, bem como em todas as unidades básicas de saúde para adultos que não possuem as três doses. Além da vacina, existem outros cuidados para prevenção:

- Usar preservativo em todas as relações sexuais;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal, como lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, material de manicure e pedicure;
- Não compartilhar agulhas e seringas;
- Não compartilhar material para tatuagem e colocação de piercings.

Referências

MACHADO, F. et al. Soroprevalência de infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em presidiários da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *O Mundo da Saúde*, v. 43, n. 1, p. 117-128, 2019. DOI: 10.15343/0104-7809.20194301117128.

<https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20180025.PDF>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais. Brasil, 2021.

http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57798/manual_tecnico_hepatites_virais_web_310818.pdf?file=1&type=node&id=57798&force=1

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Hepatite B*. Brasil, 2021. <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites/hepatite-b>.

Referências complementares

Santa Casa de São Paulo. HEPATITES VIRAIS - Fique por dentro! Youtube.

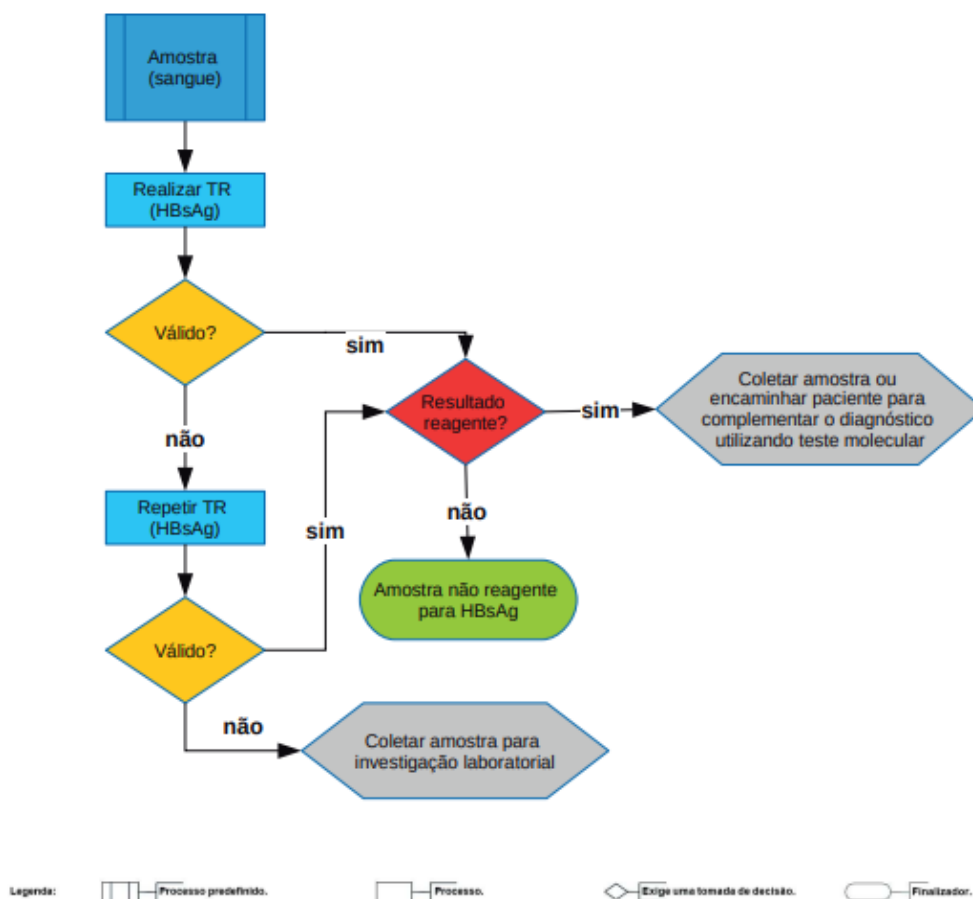
<https://www.youtube.com/watch?v=IPCm6DJkXtc>.

CRUZ, Elisângela. Hepatite B. Podcast: 04:43.

<https://podcasts.google.com/search/hepatite%20b%20e%20c>

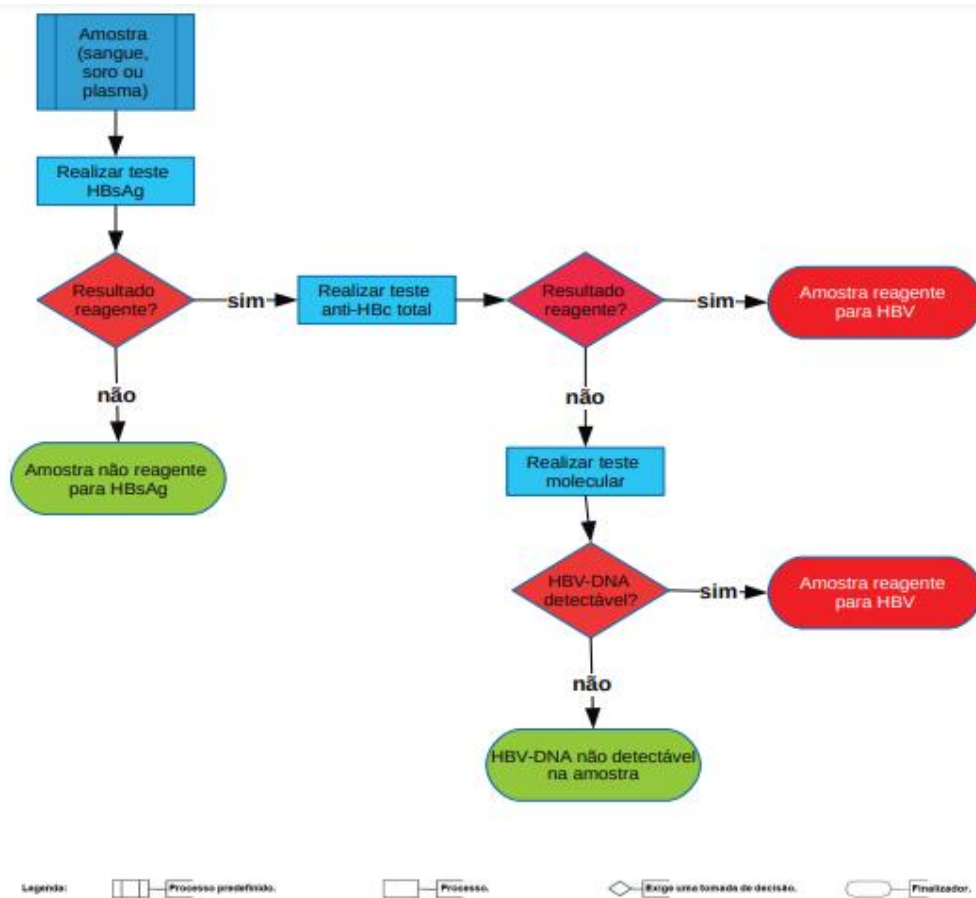
HEPATITE B – DIAGNÓSTICO

FLUXOGRAMAS DE DIAGNÓSTICO DA HEPATITE B



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Figura 1. Investigação inicial da infecção pelo HBV utilizando testes rápidos (TR-HBsAg)



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Figura 2. Diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite B utilizando teste HBsAg e anti-HBc total

Testes sorológicos	Resultado	Interpretação
HBsAg	Não reagente	Ausência de contato prévio com o HBV Susceptível à infecção pelo HBV
Anti-HBc IgM	Não reagente	
Anti-HBc total	Não reagente	
Anti-HBs	Não reagente	
HBsAg	Não reagente	Imune após infecção pelo HBV
Anti-HBc IgM	Não reagente	
Anti-HBc total	Reagente	
Anti-HBs	Reagente	
HBsAg	Não reagente	Imune após vacinação contra o HBV
Anti-HBc IgM	Não reagente	
Anti-HBc total	Não reagente	
Anti-HBs	Reagente	
HBsAg ¹	Reagente	Infecção recente pelo HBV (menos de seis meses)
Anti-HBc IgM	Reagente	
Anti-HBc total	Reagente/Não reagente	
Anti-HBs	Não reagente	
HBsAg ¹	Reagente	Infecção pelo HBV
Anti-HBc IgM	Não reagente	
Anti-HBc total	Reagente/Não reagente	
Anti-HBs	Não reagente	

Fonte: DA CONCEIÇÃO; SICILIANO; FOCACCIA, 2013.

¹A hepatite B crônica é definida pela presença continuada do HBsAg no sangue por um período superior a seis meses.

Figura 3. Interpretação dos resultados sorológicos (Ag-Ab) para Hepatite B

HEPATITE B - INDICADORES

1) PROPORÇÃO DE PPL TESTADA PARA HEPATITE B NA PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA PRISIONAL

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL que realizou teste rápido para hepatite B na Porta de Entrada de determinada instituição em determinado período

DENOMINADOR – Número de PPL que ingressou na instituição no período

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 70%

Amarelo – entre 70% e 85%

Verde – Acima de 85%

Interpretação:

Reflete o quantitativo da PPL testada na Porta de Entrada do sistema prisional. Para que o tratamento seja realizado em tempo oportuno, antes do adoecimento, é imprescindível o diagnóstico precoce, que somente é possível pela testagem em massa da PPL. A Porta de Entrada é o momento ideal para a testagem, sendo possível identificar se a PPL apresenta a doença no momento do ingresso, encaminhando o exame confirmatório e reforçando as medidas de prevenção.

2) PROPORÇÃO DE PPL QUE REALIZOU EXAME CONFIRMATÓRIO PARA HEPATITE B

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL que realizou exame confirmatório para hepatite B no período

DENOMINADOR – Número de PPL que apresentou teste rápido reagente para hepatite B no período

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 70%

Amarelo – entre 70% e 85%

Verde – Acima de 85%

Interpretação:

Reflete o quantitativo da PPL que realizou exames confirmatórios para Hepatite B no período avaliado. O teste rápido de Hepatite B é um teste de triagem, sempre que o resultado for reagente é necessário realizar exames confirmatórios para a doença.

3) PROPORÇÃO DE PPL VACINADA PARA HEPATITE B

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL com esquema vacinal completo para hepatite B no período

DENOMINADOR – Número de PPL na instituição penal no período

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 70%

Amarelo – entre 70% e 85%

Verde – Acima de 85%

Interpretação:

Reflete o quantitativo de PPL imunizada para hepatite B na instituição em determinado período. A vacina é a principal medida de prevenção da doença, é eficaz e está disponível à toda a população de forma gratuita pelo SUS.

HEPATITE C - CONCEITOS

Descrição da patologia

A Hepatite C é um processo infeccioso e inflamatório, causado pelo vírus C da hepatite (HCV), que pertence ao gênero Hepacivirus da família *Flaviviridae*, podendo se manifestar na forma aguda ou crônica, sendo esta segunda a forma mais comum.

Aproximadamente 60% a 85% dos casos de hepatite C se tornam crônicos e, em média, 20% podem evoluir para cirrose ao longo do tempo. Estabelecido o diagnóstico de cirrose hepática, o risco anual para o surgimento de carcinoma hepatocelular (CHC) é de 1% a 5% e o risco anual de descompensação hepática é de 3% a 6%. Após um primeiro episódio de descompensação hepática, o risco de óbito, nos 12 meses seguintes, é de 15% a 20%.

Epidemiologia da doença

Estimativas apontam que existe no mundo de 71 milhões de pessoas infectadas pela Hepatite C. No Brasil, a estimativa é semelhante, enquanto na população privada de liberdade os números são significativamente maiores, como mostra no quadro a seguir.

Local	Prevalência (%)
Mundo	1 a 3
Brasil	0,7
População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul	8,3

Quadro 1. Prevalência de HCV

Fonte: MACHADO et al, 2019

Forma de contágio

- Compartilhamento de agulhas, seringas e outros objetos para uso de drogas,

contaminados;

- Equipamentos médicos, odontológicos ou de manicure contaminados, reutilizados e não esterilizados adequadamente;
- Reutilização de material para realização de tatuagem;
- Ausência de cuidados relacionados à biossegurança em procedimentos invasivos, como hemodiálise, cirurgias, transfusão sanguínea;
- Uso de sangue e seus derivados contaminados;
- Relações sexuais sem o uso de preservativos;
- Transmissão da mãe para o filho durante a gestação ou parto.

Sinais e sintomas

A hepatite C geralmente é silenciosa, cerca de 80% dos casos não apresentam sinais ou sintomas. Por isso, a testagem da população, principalmente a prioritária, é muito importante no combate a esse agravo.

Os sinais e sintomas, quando ocorrem, são inespecíficos, como:

- Astenia;
- Mal-estar geral;
- Febre;
- Queixas gastrintestinais, tais como perda de apetite, náuseas, dor ou desconforto em hipocôndrio direito.
- Icterícia.

Além disto, em até 3% dos casos podem ser observados manifestações extra hepáticas como vasculites, crioglobulinemias, linfomas, associação com DM, artralguas, pneumonites, glomerulopatias, aumento do risco de doenças cardiovasculares com IAM e AVC e sintomas associados à neuroinflamação como dor crônica, fadiga, déficit cognitivo e depressão.

Fluxos para o diagnóstico

O Ministério da Saúde distribui testes rápidos para a detecção do vírus, os quais são encontrados em todas as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde. Em geral, a hepatite C é descoberta em sua fase crônica.

Se o teste de anti-HCV for positivo, é necessário realizar um exame de carga viral (HCV-RNA) para confirmar a infecção ativa pelo vírus. Após esses exames, o paciente poderá ser encaminhado para o tratamento, ofertado gratuitamente pelo SUS, com medicamentos capazes de curar a infecção e impedir a progressão da doença.

Prevenção

Alguns cuidados devem ser tomados, já que não existe vacina para prevenir o vírus, tais como:

- Não compartilhar objetos perfurocortantes com outras pessoas (seringas, agulhas, alicates, entre outros);
- Usar preservativo nas relações sexuais;

Quando o indivíduo é portador do vírus, deve tomar alguns cuidados extras para a disseminação do mesmo:

- Ter seus contatos sexuais e domiciliares e parentes de primeiro grau testados para hepatite C;
- Além dos objetos perfurocortantes, não compartilhar instrumentos de higiene pessoal ou outros itens que possam conter sangue;
- Cobrir feridas e cortes abertos na pele;
- Limpar respingos de sangue com solução clorada;
- Não doar sangue ou esperma.

Tratamento

O tratamento da hepatite C é feito com os chamados antivirais de ação direta (DAA), que apresentam taxas de cura de mais 95% e são realizados, geralmente, por 8 ou 12 semanas e possibilitam a eliminação da infecção. Cabe salientar que esta medicação é totalmente via oral e com mínimos efeitos colaterais

Todas as pessoas com infecção pelo HCV podem receber o tratamento pelo SUS, nas unidades básicas de saúde, seguindo as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções.

O tratamento adequado da hepatite C é raramente fornecido nas prisões devido estigma social ou porque a maioria dos detidos não tem conhecimento de sua condição. Devido a múltiplas limitações impostas pelo modelo prisional, a implementação de medidas para o tratamento eficaz de doenças é desafiadora. No entanto, é possível eliminar a hepatite C em um ambiente prisional de longa permanência através de ações coordenadas de instituições de saúde pública e o sistema prisional.

Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Hepatite C. 2021. <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites/hepatite-c>

MACHADO, F. et al. Soroprevalência de infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em presidiários da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *O Mundo da Saúde*, v. 43, n. 1, p. 117-128, 2019. <https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20180025.PDF>

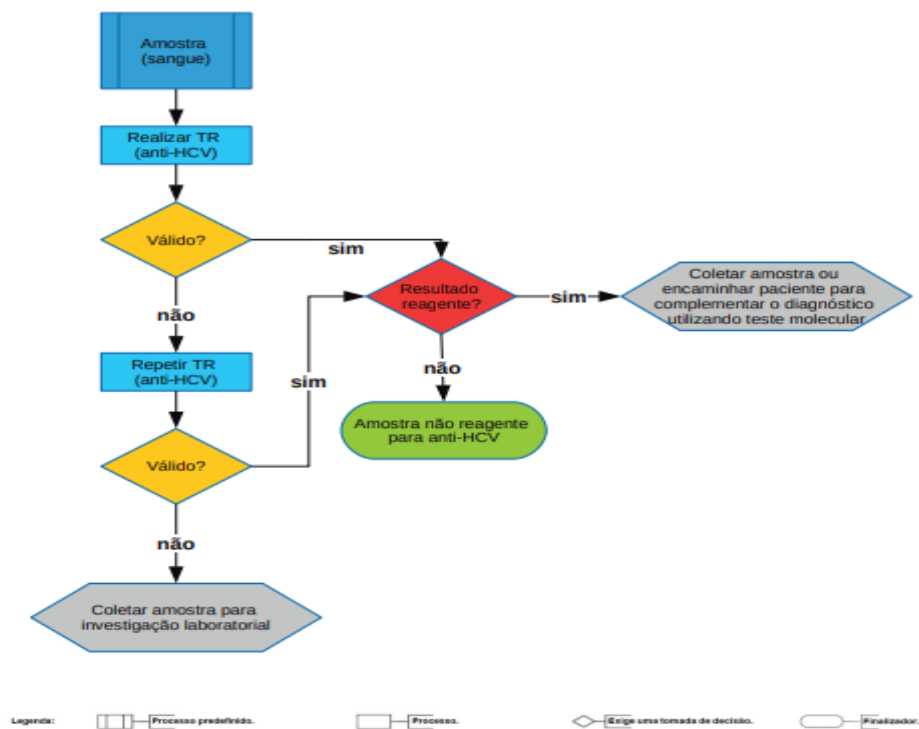
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Hepatite C: sintomas, transmissão e prevenção. <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/hepatite-c-sintomas-transmissao-e-prevencao>.

QUEIROZ, I. T.; COURAS, S.; CABRAL, D. Micro-elimination of hepatitis c in the incarcerated population: is it really possible? *Arq. Gastroenterol*, v. 58, n. 3, p. 399-401, 2021.

Referências complementares

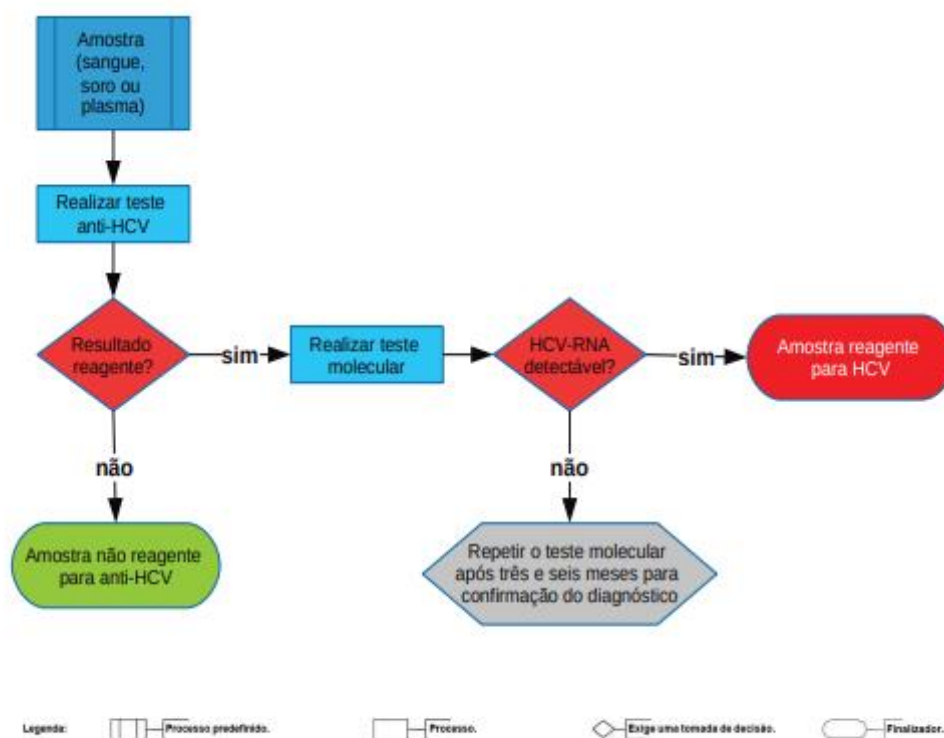
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conheça o relato da primeira paciente que teve acesso aos novos medicamentos para hepatite C. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=P6ZHmcJnYY4>

HEPATITE C - DIAGNÓSTICO



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Figura 2. Diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite C utilizando teste para detecção de anti-HCV e teste molecular (HCV-RNA)



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Figura 1. Investigação inicial da infecção pelo HCV utilizando testes rápidos (TR anti-HCV)

HEPATITE C - INDICADORES

1) PROPORÇÃO DE PPL TESTADA PARA HEPATITE C NA PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA PRISIONAL

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL que realizou teste rápido para hepatite C na Porta de Entrada de determinada instituição em determinado período

DENOMINADOR – Número de PPL que ingressou na instituição no período

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 70%

Amarelo – entre 70% e 85%

Verde – Acima de 85%

Interpretação:

Reflete o quantitativo da PPL testada na Porta de Entrada do sistema prisional. Para que o tratamento seja realizado em tempo oportuno, antes do adoecimento, é imprescindível o diagnóstico precoce, que somente é possível pela testagem em massa da PPL. A Porta de Entrada é o momento ideal para a testagem, sendo possível identificar se a PPL apresenta a doença no momento do ingresso, encaminhando o exame confirmatório e reforçando as medidas de prevenção.

2) PROPORÇÃO DE PPL QUE REALIZOU EXAME CONFIRMATÓRIO PARA HEPATITE C

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL que realizou exame confirmatório para hepatite C no período

DENOMINADOR – Número de PPL que apresentou teste rápido reagente para hepatite C no período

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 70%

Amarelo – entre 70% e 85%

Verde – Acima de 85%

Interpretação:

Reflete o quantitativo da PPL que realizou exames confirmatórios para Hepatite C no período avaliado. O teste rápido de Hepatite C é um teste de triagem, sempre que o resultado for reagente é necessário realizar exames confirmatórios para a doença.

SÍFILIS - CONCEITOS

Descrição da patologia

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, curável e exclusiva do ser humano. A infecção tem evolução lenta e é dividida em estágios, conforme as manifestações clínicas, sendo eles: sífilis primária, secundária, latente e terciária. Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior. A sífilis congênita passa da gestante para o feto e pode ser fatal para o recém-nascido.

Epidemiologia da doença

No Brasil, em 2020, foram notificados no SINAN 115.371 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 54,5 casos/100.000 habitantes); 61.441 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,6/1.000 nascidos vivos); 22.065 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 7,7/1.000 nascidos vivos); e 186 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 6,5/100.000 nascidos vivos).

O Rio Grande do Sul, no mesmo período notificou 11.973 casos de sífilis adquirida (e registrou a taxa de detecção mais alta do país com 104,8 casos/100.000 habitantes); 4.261 casos de sífilis em gestante (taxa de detecção de 31,7/1.000 nascidos vivos); 1.732 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 12,9/1.000 nascidos vivos); e 8 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos).

No sistema oficial de informação não há dados referente à sífilis adquirida na PPL. Estudo de revisão da literatura encontrou prevalência de 3,2% de sífilis adquirida em homens presos em Caruaru/PE. Nas mulheres a prevalência é muito superior. O estudo “Nascer Brasil” estimou a prevalência de sífilis gestacional em mulheres encarceradas em 8,7% no Brasil. Na Penitenciária Feminina de Teresina/PI foi encontrada uma prevalência de 25,2% na PPL feminina.

Forma de contágio

A sífilis pode ser transmitida através da relação sexual desprotegida, ou transmitida à criança na gestação. Nas prisões há maior transmissibilidade devido ao comportamento de risco e a vulnerabilidade da população.

Sinais e sintomas

Sífilis primária

É o estágio inicial da doença, em que há lesão no local da entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele). A lesão é rica em bactérias e aparece de 10 a 90 dias após a infecção, que é o período de incubação da bactéria e desaparece sem qualquer tratamento. É chamada de “cancro duro”, não dói, não coça, não arde e não tem pus.

Sífilis secundária

É a evolução da sífilis primária não tratada, em que a bactéria invadiu todos os órgãos. Os sintomas aparecem de seis semanas a seis meses após a infecção inicial e se caracteriza por manchas no corpo, geralmente na palma das mãos e planta dos pés. Essas lesões são ricas em bactérias. Pode ocorrer febre, mal estar, dor de cabeça e ínguas pelo corpo. As manchas desaparecem em algumas semanas, independente de tratamento, dando a falsa impressão de cura. No sistema prisional há muitas infecções de pele, então é muito importante ficar atento às lesões nas palmas das mãos e plantas dos pés.

Sífilis latente

Acontece após o desaparecimento dos sintomas da sífilis secundária não tratada, em que não apresenta nenhuma manifestação clínica.

É dividida em: latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). A duração dessa fase é variável, podendo ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

Sífilis terciária

Pode levar de 1 até 40 anos para se manifestar. Os sintomas ocorrem através de inflamação, desenvolvendo lesões cutâneas, em ossos, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar a morte.

Sífilis congênita

É de transmissão vertical, de mãe para filho, podendo causar aborto, prematuridade e até morte logo após o nascimento. A criança pode apresentar lesões bolhosas ao longo do corpo.

Prevenção

O uso correto e regular da camisinha feminina ou masculina é uma medida importante de prevenção da sífilis. O acompanhamento das gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal de qualidade contribui para o controle da sífilis congênita.

Importante destacar que a sífilis não confere imunidade permanente, ou seja, mesmo após o tratamento adequado, cada vez que entrar em contato com o agente etiológico (*T. pallidum*) a pessoa pode ter a doença novamente.

Fluxos para o diagnóstico

É clínico, epidemiológico e laboratorial, feito inicialmente através do teste rápido. Quando o resultado for reagente é coletado sangue para teste laboratorial para a confirmação do diagnóstico. O teste rápido da sífilis indica que a pessoa tem ou já teve sífilis, podendo indicar uma cicatriz sorológica. Para confirmação da sífilis, recomenda-se um teste treponêmico e outro teste não treponêmico. O mais usual é realizar o teste rápido como triagem e o VDRL como confirmatório, antes de iniciar o tratamento. A exceção são as gestantes, que assim que for identificado um teste rápido reagente, se inicia o tratamento para proteção do feto.

Busca ativa de casos

Recomenda-se a testagem rápida na porta de entrada do sistema prisional, testagem anual nas galerias acompanhando a testagem rápida de HIV e a testagem das parcerias sexuais para diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Tratamento

O tratamento da sífilis é realizado com a penicilina benzatina, antibiótico que está disponível nos serviços de saúde do SUS. A dose de penicilina que deve ser utilizada vai depender do estágio clínico da sífilis. A penicilina é o tratamento de escolha para sífilis, outros antibióticos devem ser avaliados para casos específicos de acordo com a avaliação criteriosa do profissional de saúde. Após o tratamento completo, é importante continuar o seguimento com coleta de testes não treponêmicos para ter certeza da cura. Todas as parcerias sexuais dos últimos 3 meses devem ser testadas e tratadas para quebrar a cadeia de transmissão.

Quando a sífilis é detectada na gestante, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, com a penicilina benzatina. Esse é o único medicamento capaz de prevenir a transmissão vertical (passagem da sífilis da mãe para o bebê). A parceria sexual também deverá ser testada e tratada para evitar a reinfecção da gestante que foi tratada. São critérios de tratamento adequado da gestante:

- Administração de penicilina benzatina.
- Início do tratamento até 30 dias antes do parto.
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da sífilis.
- Respeito ao intervalo recomendado das doses (a cada 7 dias, de acordo com o esquema terapêutico).

Importante que toda gestante diagnosticada com sífilis, após o tratamento, realize o seguimento mensal, com teste não treponêmico, para controle terapêutico.

Doses de penicilina recomendadas:

- Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração): Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
- Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo, semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

Notificação

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída em 1986; a de sífilis em gestantes em 2005; e, por último, a de sífilis adquirida em 2010. Atualmente, a portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020.

As fichas de notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita são diferentes, conforme segue:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180502/11140251-ficha-de-investigacao-sifilis-adquirida.pdf>

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Sifilis_Gestante.pdf

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/Sifilis_Congenita.pdf

Referências

ELY, K. Z.; BARCELLA, RAQUEL CRISTINE; Krug, S. B. F.; Valim, A. R. M.; Possuelo, L. G. Sífilis na população privada de liberdade: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de epidemiologia e controle de infecção*, v. 8, p. 39, 2018.

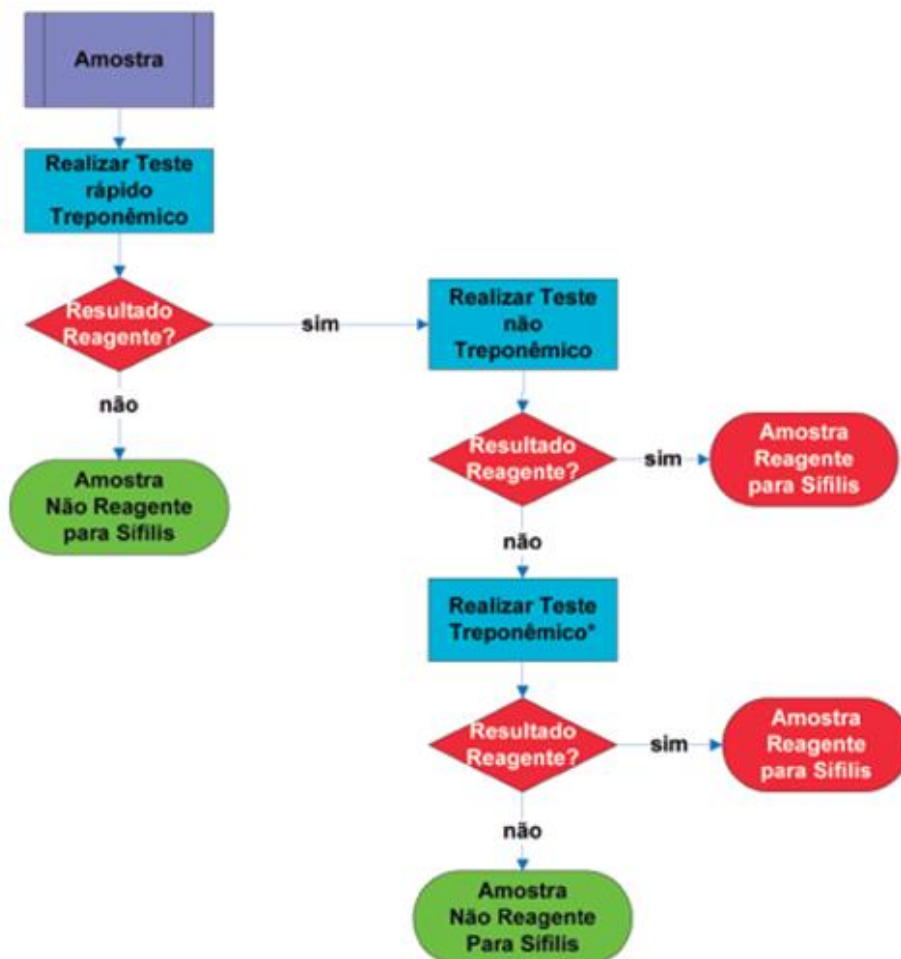
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico. Sífilis, 2021.

http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/68209/boletim_sifilis_2021_internet.pdf?file=1&type=node&id=68209&force=1

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Condições Crônicas e Doenças Sexualmente Transmissíveis. Sífilis. <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/infecoes-sexualmente-transmissiveis/sifilis>

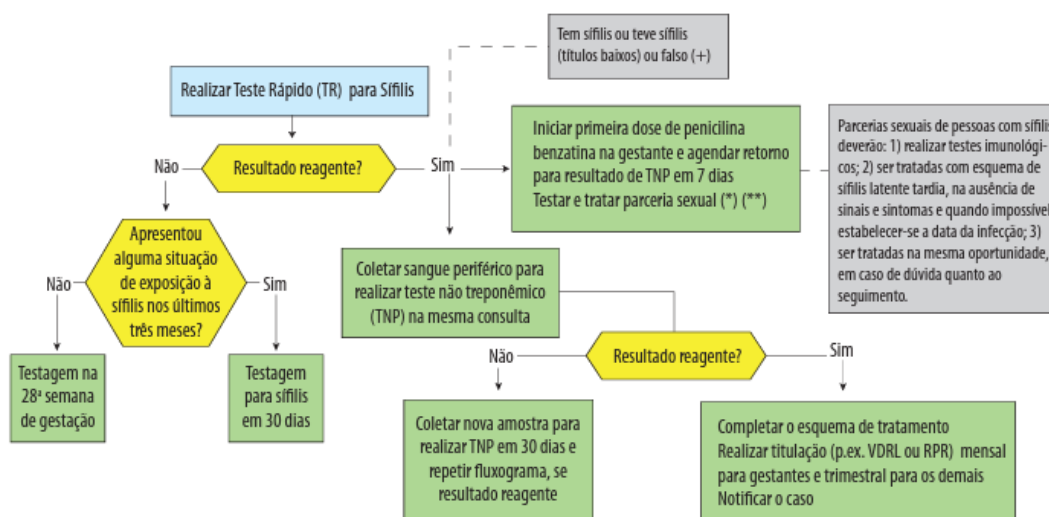
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015.

SÍFILIS – DIAGNÓSTICO



- Teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado

Figura 1 – Diagnóstico da sífilis com utilização de testes rápidos treponêmicos.



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

(**) As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).

Figura 2 – Fluxograma para manejo da sífilis em gestantes, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório.

SÍFILIS - INDICADORES

1) Proporção de PPL testada para sífilis na Porta de Entrada do Sistema Prisional

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL testada para sífilis na Porta de Entrada no período

DENOMINADOR – Número de PPL que ingressou no sistema prisional no período

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 70%

Amarelo – entre 70% e 85%

Verde – Acima de 85%

Interpretação:

Reflete o quantitativo da PPL testada na Porta de Entrada do sistema prisional. Para que o tratamento seja realizado precocemente, evitando a contaminação de outras pessoas, é necessário testar a PPL a fim de realizar a triagem de casos, que deve ser confirmada por um segundo teste, considerando um deles treponêmico e outro não treponêmico. A Porta de Entrada é o momento ideal para a testagem, sendo possível identificar se a PPL apresenta a doença no momento do ingresso, possibilitando o tratamento imediato.

2) Proporção de PPL testada para sífilis por busca ativa

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de PPL testada para sífilis por busca ativa no período

DENOMINADOR – Número de PPL no período

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – abaixo de 70%

Amarelo – entre 70% e 85%

Verde – Acima de 85%

Interpretação:

Reflete o quantitativo da PPL testada na rotina do sistema prisional. Comportamento de risco como relações sexuais desprotegidas são comuns no sistema prisional. O acompanhamento vigilante da equipe de saúde possibilita a identificação e tratamento de novos casos a fim de evitar a disseminação da doença.

3) Proporção de casos de sífilis diagnosticados com tratamento completo

MÉTODO DE CÁLCULO

NUMERADOR – Número de casos de sífilis com tratamento completo de acordo com estadiamento

DENOMINADOR – Número de casos de sífilis no período

FÓRMULA = NUMERADOR/ DENOMINADOR x 100 (Resultado em “%”)

PAINEL DE BORDO

Vermelho – baixo de 80%

Amarelo – entre 80% e 90%

Verde – Acima de 90%

Interpretação:

Reflete o quantitativo da PPL curada que deixa de transmitir a doença para outras pessoas. Somente o tratamento completo e adequado ao estadiamento da doença é capaz de curá-la, portanto a identificação e diferenciação entre sífilis primária, secundária, latente e terciária é de fundamental importância para que a dose certa de penicilina benzatina seja prescrita. O registro e busca ativa para tratamento completo é muito importante para prevenir novos casos da doença.

ANEXO L – Curadoria de Experiências em Saúde Prisional



Educação Permanente em Saúde no Sistema Prisional



Mural de Práticas



Nacional | Brasil



Julho / 2021 - Dezembro / 2021



Servidores penitenciários



Promoção de Saúde; Educação em Saúde; Prevenção de Doenças e Agravos; Comunicação em Saúde; Gestão do Trabalho em Saúde; Competências em Saúde



Tuberculose; HIV/ Aids; Outras doenças ISTs; Covid-19; Álcool e drogas; Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Saúde Mental; Saúde Sexual; Violência contra mulher e LGBTQIA+



Educação Permanente em Saúde; Gestão Compartilhada; Equipes de Atenção Primária Prisional; Política Nacional de Humanização; Saúde Prisional

Autores:

Karine Zenatti Ely; Pauline Schwarzbold; Victor Vendruscolo; Renata Dotta; Lia Gonçalves Possuelo

Instituições parceiras:

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul; Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul; Secretaria de Justiça e Sistemas Penal e Socioeducativo (SJSPPS) do Rio Grande do Sul; Superintendência dos Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul (SUSEPE/RS)

Do que trata a experiência?

O grupo formado pela academia, serviços de saúde e de administração penitenciária trabalha junto há mais de 5 anos com a temática "Saúde prisional" com objetivo de integrar a gestão, assistência, formação e controle social. Entretanto, uma grande lacuna foi observada neste período de desenvolvimento de atividades conjuntas: o distanciamento entre as práticas de saúde e de segurança. Diante desta realidade, a experiência aqui relatada refere-se a idealização e execução de um "Programa de Educação Permanente em Saúde - Saúde Prisional". Este programa foi construído, antes da pandemia, visando reunir todos estes atores para discussão e

construção de conhecimento a partir de vivências no cotidiano do trabalho, solução de problemas de forma coletiva e aprendizagem significativa.

Que motivos levaram à realização da experiência?

De acordo com os dados da SUSEPE, o Rio Grande do Sul tem mais de 42 mil pessoas privadas de liberdade (PPL) e o RS é o 5º estado no país em número de pessoas presas. A gestão estadual de Saúde Prisional contabiliza uma cobertura de mais de 70% desta população por equipes de Atenção Primária Prisional. Essas equipes têm como finalidade garantir o direito à saúde da PPL, o cuidado integral e equânime, além de representarem a porta de entrada no Sistema Único de Saúde e integração à Rede de Assistência à Saúde (RAS). O Rio Grande do Sul é considerado pioneiro na municipalização de cofinanciamento da saúde prisional e vem percebendo grandes avanços no cuidado em saúde da PPL. Porém, uma lacuna sempre está presente: o distanciamento entre as práticas de saúde e de segurança.

Quais objetivos foram pensados?

- Identificar necessidades e demandas dos trabalhadores do sistema prisional referentes à temas que poderiam ser trabalhados no Programa de Educação Permanente em Saúde;
- Construir coletivamente um Programa de Educação Permanente em Saúde – Sistema Prisional com foco nas demandas dos trabalhadores do sistema prisional do Rio Grande do Sul;
- Adaptar o programa pensado de forma presencial para a forma virtual, sem perder os princípios da Educação Permanente;
- Integrar o maior número de trabalhadores da saúde e segurança, gestores, controle social e academia nas atividades do programa.

Qual o passo-a-passo da realização da experiência?

A experiência foi idealizada de acordo com os seguintes passos:

1) Reunião para apresentação da proposta com os coordenadores estaduais da saúde prisional, SUSEPE e Universidade de Santa Cruz do Sul – neste momento foi definida que a proposta teria abrangência estadual, envolvendo os trabalhadores da saúde e segurança, aberto para participação de gestores, da academia e do controle social;

2) Pesquisa por formulário eletrônico para levantamento de demandas do público-alvo (trabalhadores da segurança e saúde no sistema prisional), frequência dos encontros e horários que contemplassem a participação dos trabalhadores;

3) Construção da proposta – 4 Módulos com temáticas diversas como pode ser observado na Programação , com duração de 6 meses em duas modalidades virtuais: lives (abertas para o público) e Rodas de Conversa Macrorregionais (convidados somente os participantes da Macrorregião de Saúde para discussão de potencialidades, problemas locais e propostas de solução. Para as Rodas de Conversa definiu-se uma pergunta disparadora: “Quais os principais desafios no dia a dia de trabalho no contexto prisional?”.

4) Convite de autoridades e profissionais com experiência em saúde prisional para estabelecer a parceria buscando o sucesso da proposta;

5) Divulgação nas redes sociais e convites por e-mail;

6) Criação de um grupo de WhatsApp para os inscritos no evento onde são reforçados os convites das

atividades propostas e disponibilizados os materiais autorizados pelos convidados, além de outras informações sobre Saúde prisional;

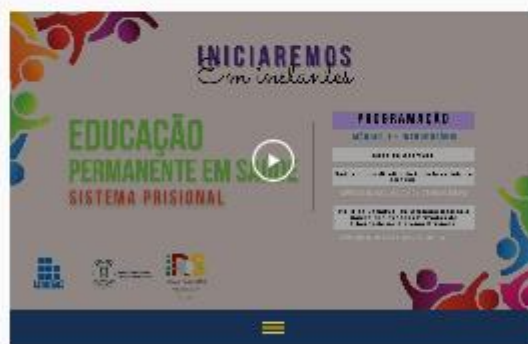
7) Implementação da proposta – o programa iniciou no dia 06 de Julho e se estendeu até o dia 14 de Dezembro de 2021. Foram 11 lives quinzenais, de 2 horas cada, e as Rodas de Conversa Macrorregionais intercaladas, completando 24 horas de programação. A interlocução de diversos setores possibilitará a certificação dos participantes ao final do programa.

8) Após cada atividade, a equipe coordenadora se reunia virtualmente para avaliar os pontos positivos e negativos e programar os detalhes da atividade seguinte.

Quais os materiais utilizados nas ações?

As peças de comunicação/divulgação foram elaboradas pela equipe do projeto e utilizadas para divulgação nas redes sociais e grupos de WhatsApp. A cada semana um novo card era elaborado para cada uma das atividades.

Para as atividades do programa, era utilizada a ferramenta google meet, onde os palestrantes ingressavam e posteriormente era feita a transmissão ao vivo no youtube para os participantes, através do canal "AO VIVO UNISC". O suporte técnico das lives era realizado pelo setor de áudio e vídeo da UNISC. O nosso principal material de trabalho foi a internet e as metodologias leves de construção do conhecimento. As reuniões do grupo para organização semanal das atividades, ocorriam em formato virtual.



- [!\[\]\(4f6d8a8b127300a02d56d34d01423d15_img.jpg\) Programa de Educação Permanente em Saúde é apresentado para Susepe e Seapen](#)
- [!\[\]\(7e3d1ad67bf2d7a17700a66d1a313f91_img.jpg\) Programa de Educação Permanente em Saúde - Sistema Prisional](#)
- [!\[\]\(6aaf22e5a325c32ef2122c2939c64f9c_img.jpg\) Programa na Unisc discute saúde no sistema prisional](#)
- [!\[\]\(27421322d686d4980ae2b7f101ee89ba_img.jpg\) Publicação no Facebook Unisc](#)

Quais foram os resultados?

No momento de envio desta experiência ainda estavam programados alguns encontros, porém já observamos grandes avanços. Primeiro no que se refere ao alcance da proposta, que inicialmente foi pensada no formato presencial para um público aproximado de 150 pessoas. Com a chegada da pandemia foi necessário adequar o formato do programa, de presencial para virtual. A adequação foi realizada e a equipe foi surpreendida com a procura pelas atividades do programa: hoje mais de 400 pessoas estão inscritas, com participantes de vários estados brasileiros.

Na live de abertura foram introduzidos os temas sobre direito à saúde, gestão e políticas nacional e estadual de saúde prisional com mais de 250 participantes ao vivo de 60 instituições de diversos estados brasileiros e presenças ilustres como a Magnífica Reitora da UNISC Carmen Lúcia de Lima Helfer, Secretária Adjunta da SES/RS Ana Costa e Superintendente da SUSEPE José Giovani Rodrigues. Os questionamentos levantados durante esta aula geraram uma grande procura da coordenação estadual e nacional de saúde prisional para informações sobre ampliação de habilitação de equipes de saúde prisional.

A live 2, agendada para o dia 20/07/21 tinha como tema a gestão em saúde no sistema prisional e protocolos de segurança, que precisou ser transferida em decorrência do incêndio que atingiu o prédio-sede da Secretaria da Segurança Pública, em Porto Alegre. A live foi transferida para 14/12/2021 e será a aula de encerramento do programa.

A live 3, iniciou o módulo 2 do programa com a temática foi voltada a doenças infectocontagiosas: tuberculose, HIV/AIDS e coinfecção, contou com a participação ao vivo de 190 pessoas. Os feedbacks dos participantes e avaliações da comissão organizadora levaram a ampliação da programação a partir desta terceira live, incluindo relatos de experiências de Equipes de Atenção Primária Prisional de acordo com a temática discutida. Os encontros motivaram discussões e perguntas no chat que foram respondidas pelos convidados. Um ponto importante que identificamos nesta live, foi o desconhecimento dos trabalhadores a respeito de algo que nos parece tão simples: "exame de escarro". Profissionais desconhecem quais exames microbiológicos são necessários para serem solicitados com uma amostra de escarro (baciloscopia e cultura).

Na live 4 foram trabalhados os temas de sífilis e hepatites virais na PPL, com muitas dúvidas dos participantes sobre diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida, hepatites B e C e relatos de como se dá o fluxo de atendimento em uma penitenciária de grande porte.

A live 5 se dedicou a discussão do enfrentamento da COVID-19 no sistema prisional, os desafios de organização do sistema prisional, o trabalho conjunto entre a saúde e a segurança, dados epidemiológicos de morbimortalidade e vacinação, além da análise dos planos de contingência das instituições penais do Rio Grande do Sul.

A live 6 abriu o terceiro módulo, abordando o contexto do uso de drogas no sistema prisional e estratégias de enfrentamento. Os convidados apresentaram diversos cenários de cuidado em saúde para pessoas que usam drogas, com importantes discussões à respeito da estratégia de Redução de Danos e o trabalho em rede.

As lives apresentadas até a submissão deste relato, bem como as demais estarão disponíveis no canal do YOUTUBE "AO VIVO UNISC", as 5 lives realizadas desde o início da implementação da proposta, juntas, já têm mais de 4 mil visualizações.

As rodas de conversa contribuíram para aproximar os diversos atores que estão envolvidos na execução da Política de Saúde Prisional nas diversas regiões do Estado do RS. As rodas estão propondo troca de experiências entre equipes e divulgação de modos de fazer saúde que promovem alternativas de ação. Além disso, as rodas permitem que o controle social, nas suas mais variadas formas, aprenda sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e potencialize sua atuação de modo a garantir que o SUS seja realmente para todos e todas. Até o momento da submissão da experiência foram realizadas 3 rodas de conversa virtuais, realizadas com público trabalhador de duas macrorregiões do RS, totalizando 100 pessoas participantes.

Estão ainda previstas para esta proposta de educação permanente a criação de outras mídias audiovisuais, como podcasts e aplicativo informativo, já em desenvolvimento.

Acredita que a experiência pode ser replicada em outros lugares?

Sem dúvida a experiência pode ser replicada no Brasil inteiro, incluindo profissionais especialistas de cada estado como multiplicadores para cada uma das lives, assim como relatos das equipes de saúde prisional de cada estado. A parceria construída entre saúde, segurança e academia pode, e deve ser construída como forma de colaboração e desenvolvimento deste programa. Desta forma poderia ser ampliada em nível nacional a experiência com um investimento financeiro bastante baixo.

Nossa equipe está disponível para compartilhar nossa experiência e auxiliar outros Estados e instituições para implementar este programa.

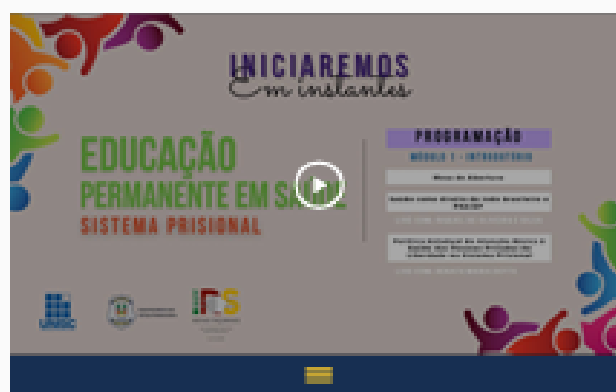
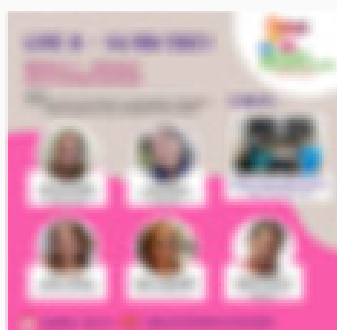
de 2021. Foram 11 lives quinzenais, de 2 horas cada, e as Rodas de Conversa Macrorregionais intercaladas, completando 24 horas de programação. A interlocução de diversos setores possibilitará a certificação dos participantes ao final do programa.

B) Após cada atividade, a equipe coordenadora se reunia virtualmente para avaliar os pontos positivos e negativos e programar os detalhes da atividade seguinte.

Quais os materiais utilizados nas ações?

As peças de comunicação/divulgação foram elaboradas pela equipe do projeto e utilizadas para divulgação nas redes sociais e grupos de WhatsApp. A cada semana um novo card era elaborado para cada uma das atividades.

Para as atividades do programa, era utilizada a ferramenta google meet, onde os palestrantes ingressavam e posteriormente era feita a transmissão ao vivo no youtube para os participantes, através do canal "AO VIVO UNISC". O suporte técnico das lives era realizado pelo setor de áudio e vídeo da UNISC. O nosso principal material de trabalho foi a internet e as metodologias leves de construção do conhecimento. As reuniões do grupo para organização semanal das atividades, ocorriam em formato virtual.



- [Programa de Educação Permanente em Saúde é apresentado para Susepe e Seapen](#)
- [Programa de Educação Permanente em Saúde - Sistema Prisional](#)
- [Programa na Unisc discute saúde no sistema prisional](#)
- [Publicação no Facebook Unisc](#)

Quais foram os resultados?

No momento de envio desta experiência ainda estavam programados alguns encontros, porém já observamos grandes avanços. Primeiro no que se refere ao alcance da proposta, que inicialmente foi pensada no formato

presencial para um público aproximado de 150 pessoas. Com a chegada da pandemia foi necessário adequar o formato do programa, de presencial para virtual. A adequação foi realizada e a equipe foi surpreendida com a procura pelas atividades do programa: hoje mais de 400 pessoas estão inscritas, com participantes de vários estados brasileiros.

Na live de abertura foram introduzidos os temas sobre direito à saúde, gestão e políticas nacional e estadual de saúde prisional com mais de 250 participantes ao vivo de 60 instituições de diversos estados brasileiros e presenças ilustres como a Magnífica Reitora da UNISC Carmen Lúcia de Lima Helfer, Secretária Adjunta da SES/RS Ana Costa e Superintendente da SUSEPE José Giovanni Rodrigues. Os questionamentos levantados durante esta aula geraram uma grande procura da coordenação estadual e nacional de saúde prisional para informações sobre ampliação de habilitação de equipes de saúde prisional.

A live 2, agendada para o dia 20/07/21 tinha como tema a gestão em saúde no sistema prisional e protocolos de segurança, que precisou ser transferida em decorrência do incêndio que atingiu o prédio-sede da Secretaria da Segurança Pública, em Porto Alegre. A live foi transferida para 14/12/2021 e será a aula de encerramento do programa.

A live 3, iniciou o módulo 2 do programa com a temática foi voltada a doenças infectocontagiosas: tuberculose, HIV/AIDS e coinfeção, contou com a participação ao vivo de 190 pessoas. Os feedbacks dos participantes e avaliações da comissão organizadora levaram a ampliação da programação a partir desta terceira live, incluindo relatos de experiências de Equipes de Atenção Primária Prisional de acordo com a temática discutida. Os encontros motivaram discussões e perguntas no chat que foram respondidas pelos convidados. Um ponto importante que identificamos nesta live, foi o desconhecimento dos trabalhadores a respeito de algo que nos parece tão simples: "exame de escarro". Profissionais desconhecem quais exames microbiológicos são necessários para serem solicitados com uma amostra de escarro (baciloscopia e cultura).

Na live 4 foram trabalhados os temas de sífilis e hepatites virais na PPL, com muitas dúvidas dos participantes sobre diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida, hepatites B e C e relatos de como se dá o fluxo de atendimento em uma penitenciária de grande porte.

A live 5 se dedicou a discussão do enfrentamento da COVID-19 no sistema prisional, os desafios de organização do sistema prisional, o trabalho conjunto entre a saúde e a segurança, dados epidemiológicos de morbimortalidade e vacinação, além da análise dos planos de contingência das instituições penais do Rio Grande do Sul.

A live 6 abriu o terceiro módulo, abordando o contexto do uso de drogas no sistema prisional e estratégias de enfrentamento. Os convidados apresentaram diversos cenários de cuidado em saúde para pessoas que usam drogas, com importantes discussões à respeito da estratégia de Redução de Danos e o trabalho em rede. As lives apresentadas até a submissão deste relato, bem como as demais estarão disponíveis no canal do YOUTUBE "AO VIVO UNISC", as 5 lives realizadas desde o início da implementação da proposta, juntas, já têm mais de 4 mil visualizações.

As rodas de conversa contribuíram para aproximar os diversos atores que estão envolvidos na execução da Política de Saúde Prisional nas diversas regiões do Estado do RS. As rodas estão propondo troca de experiências entre equipes e divulgação de modos de fazer saúde que promovem alternativas de ação. Além disso, as rodas permitem que o controle social, nas suas mais variadas formas, aprenda sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e potencialize sua atuação de modo a garantir que o SUS seja realmente para todos e todas. Até o momento da submissão da experiência foram realizadas 3 rodas de conversa virtuais, realizadas com público trabalhador de duas macrorregiões do RS, totalizando 100 pessoas participantes.

Estão ainda previstas para esta proposta de educação permanente a criação de outras mídias audiovisuais, como podcasts e aplicativo informativo, já em desenvolvimento.

Acredita que a experiência pode ser replicada em outros lugares?

Sem dúvida a experiência pode ser replicada no Brasil inteiro, incluindo profissionais especialistas de cada estado como multiplicadores para cada uma das lides, assim como relatos das equipes de saúde prisional de cada estado. A parceria construída entre saúde, segurança e academia pode, e deve ser construída como forma de colaboração e desenvolvimento deste programa. Desta forma poderia ser ampliada em nível nacional a experiência com um investimento financeiro bastante baixo.

Nossa equipe está disponível para compartilhar nossa experiência e auxiliar outros Estados e instituições para implementar este programa.



Imprima a experiência:

[Clique aqui](#)

ENTRE EM CONTATO

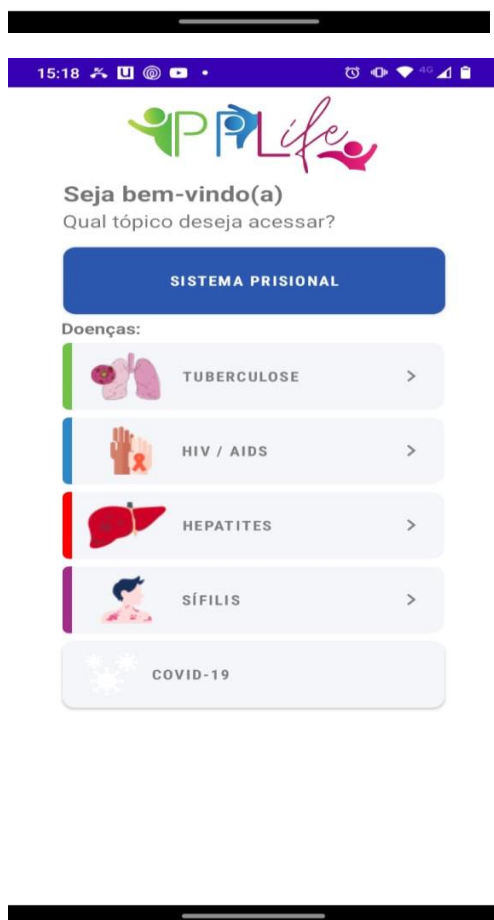
Aqui você poderá explorar histórias de natureza prática e científica, mas todas relacionadas às atividades do cotidiano da saúde prisional.

Enviar

TB
TUBERCULOSE

www.tb.gov.br

ANEXO M – Telas APP PPLife





ANEXO N – Capítulo e-book



PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL

Karine Zenetti Ely¹
Andréia Rosane de Moura Valim²
Janine Koepf³
Renata Maria Dotta⁴
Pauline Schwarzbold⁵
Lia Gonçalves Possuelo⁶

O CONTEXTO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL

O cuidado em saúde no sistema prisional representa grandes desafios para os gestores da saúde, para os profissionais das Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e para o sistema de segurança. A Lei de Execuções Penais de 1984, no contexto da luta por direitos sociais e abertura política, registrou, pela primeira

1 Mestre em Promoção da Saúde, Doutoranda em Promoção da Saúde, UNISC. karine-ely@saude.rs.gov.br, <http://lattes.cnpq.br/9035441979308817>, <https://orcid.org/0000-0002-1692-5556>

2 Farmacêutica/Bioquímica, Mestre em Ciências Biológicas: Bioquímica, Doutora em Biologia Celular e Molecular. Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, UNISC. avalim@unisc.br, <http://lattes.cnpq.br/6480172642402703>, <https://orcid.org/0000-0001-9611-3103>

3 Enfermeira, Mestre em Educação (UNISC), Doutora em Ciências da Saúde (PUC/RS), Pós-doutoranda em Promoção da Saúde (UNISC). Docente do Departamento de Ciências da Saúde, UNISC. janinek@unisc.br, <http://lattes.cnpq.br/7463378885451106>, <https://orcid.org/0000-0003-4873-7696>

4 Psicóloga - Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), Doutora em Ciências da Saúde (UFCS/PA). Professora da Faculdade de Direito da Fundação Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul (FMP). Coordenadora da Política de Saúde Prisional, na Divisão de Equidade do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS) da SES/RS. renata.dotta@uol.com.br, <http://lattes.cnpq.br/4881691490234591>, <https://orcid.org/0000-0002-1830-1624>

5 Psicóloga, Especialista em Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública (ESP/RS), Especialista em Gestão do Sistema Prisional pela Universidade Cândido Mendes (UCAM), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (UNISC), servidora pública na Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE/RS). pauline.schwarzbold@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/929895646488738>, <https://orcid.org/0000-0002-7873-0682>

6 Bióloga, Doutora em Ciências Biológicas, Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). liapossuelo@unisc.br, <http://lattes.cnpq.br/9903194013924888>, <https://orcid.org/0000-0002-6425-8578>

vez, que o preso teria direito ao atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984). Nesse período, a População Privada de Liberdade (PPL) era assistida por profissionais vinculados à segurança pública, sem qualquer vinculação com o sistema de saúde.

Em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário propõe a reorientação do modelo assistencial por meio de uma política de saúde específica, que representa a inclusão da PPL no Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, esse plano teve suas limitações, sendo a principal delas a inclusão restrita de pessoas condenadas, excluindo os presos provisórios, os presos em regime aberto e semiaberto, e os profissionais do sistema prisional (BRASIL, 2003). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) vem para suprir essas lacunas (BRASIL, 2014).

A PNAISP prevê eAPP multiprofissionais, formadas por cirurgião dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal ligados ao SUS municipal, com financiamento específico. Outros profissionais podem compor esta equipe, que pode ser classificada em eAPP tipo I (formada por 5 profissionais com carga horária de 8 horas semanais), eAPP tipo I com Saúde Mental (formada por 8 profissionais com carga horária de 8 horas semanais), eAPP tipo II (formada por 8 profissionais com carga horária de 20 horas semanais), eAPP tipo II com Saúde mental (formada por 11 profissionais com carga horária de 20 horas semanais) e eAPP tipo III (formada por 11 profissionais com carga horária de 30 horas semanais) (BRASIL, 2020).

Os profissionais que compõem as eAPP são servidores públicos das prefeituras municipais que aderiram ao PNAISP, sem formação específica para atuação no sistema prisional. Esses profissionais carecem de um programa de formação que considere a especificidade e complexidade do sistema prisional, com produção e disseminação do conhecimento nos locais de trabalho. Dessa forma, surge o Plano de Educação Permanente para as eAPP como proposta de intervenção. Esse Plano de Educação Permanente tem como objetivo principal a discussão dos processos de trabalho com os profissionais do sistema prisional.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) considera o trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana, na qual, práticas colaborativas de aprendizagem, geram compromissos entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, construindo o desenvolvimento individual e institucional (BRASIL, 2018). A EPS se propõe a construir conhecimento a partir das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho, apoiada no conceito de ensino problematizador e aprendizagem significativa. O ensino problematizador se insere de forma crítica na realidade vivenciada e a construção do conhecimento se dá de forma colaborativa e na troca de experiências. A aprendizagem significativa valoriza as experiências e vivências anteriores dos educandos, instigando o desejo de aprender mais (CECCIM; FERLA, 2005). Dessa

forma, a proposta de um plano de EPS se propõe a construir conjuntamente com os atores envolvidos, um programa que valorize os diversos saberes, analise de forma crítica a realidade presente no contexto prisional e proporcione um aprendizado significativo.

A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Programa de Educação Permanente para as EABp foi pensado de forma regionalizada, incluindo gestores, trabalhadores do sistema prisional, estudantes e controle social, a fim de discutir as temáticas presentes no contexto prisional, propondo soluções dos problemas encontrados, utilizando metodologias ativas de aprendizagem. Foram planejados inicialmente cinco encontros presenciais, abordando as doenças infecciosas no sistema prisional, como tuberculose, HIV, sífilis, além do monitoramento e avaliação de indicadores de saúde. Na versão inicial do projeto, nas oficinas presenciais seriam discutidos os processos de trabalho, controle e notificações das doenças infecciosas, construção de fluxos de trabalho e comunicação reunindo as eAPP pertencentes às mesmas Coordenadorias Regionais de Saúde. As eAPP do Rio Grande do Sul foram agrupadas por proximidade, resultando em 10 grupos e seis itinerários distintos. Dessa forma, seriam incluídas as 38 eAPP distribuídas em 30 instituições penais de 25 municípios, com aproximadamente 150 trabalhadores. Esse projeto teve aprovação do PPSUS/FAPERGS 2020.

Por conta do distanciamento social imposto pela Pandemia da Covid-19, o grupo organizador do projeto precisou se reinventar e reorganizar a intervenção de educação permanente. Primeiramente, verificou-se a necessidade e o interesse dos profissionais pela manutenção do programa de educação permanente e de que forma ele poderia ser desenvolvido. Foram enviados dois questionários distintos on-line para os trabalhadores do sistema prisional: o primeiro foi respondido por servidores penitenciários da Superintendência de Serviços Penitenciários (SUSEPE); o segundo foi respondido por profissionais da saúde no sistema prisional.

O primeiro questionário foi respondido por 115 profissionais, sendo 65 agentes penitenciários e 50 técnicos superiores penitenciários do Rio Grande do Sul. A maioria eram psicólogos (44%) e tinham tempo de trabalho de 5 a 10 anos (46,1%). Questionados sobre o início do trabalho no sistema prisional, se receberam instruções a respeito das medidas e protocolos de segurança, 83,47% responderam afirmativamente, dos quais 39% consideraram que as orientações recebidas foram suficientes. Quanto às informações de saúde, 49,58% referiram que receberam instruções sobre medidas e protocolos de saúde. Questionados sobre situações que não foram treinados para resolver, 66,11% já passaram por situações relacionadas à saúde que não foram capacitados para resolver e 59,67% já passaram por alguma

situação de segurança no ambiente prisional que não se sentiram capacitados a resolver. Segundo os respondentes, os servidores da SUSEPE têm carência de informações referente à saúde (78,33%) e os servidores da saúde têm carência de informações sobre os protocolos de segurança (84,27%). As principais carências educativas registradas foram: protocolos de segurança para o trabalho no sistema prisional (16,8%), informações sobre doenças infecciosas na prisão (16,5%) e informações sobre a política de saúde prisional (13,9%).

O segundo questionário foi respondido por profissionais que atuam nas eAPP, sendo nove assistentes sociais, seis psicólogas, quatro enfermeiras, dois cirurgiões dentistas e uma gestora de instituições penais de diversos municípios do Estado. Questionados sobre tempo e horário preferencial para atividades virtuais síncronas, 50% preferiram o turno da noite (50%), com atividades mensais (40,9%) ou semanais (36,4%), de uma a duas horas (81,8%). Os assuntos sugeridos foram diversificados: saúde mental/ dependência química/ transtornos mentais/ manejo de crise, odontologia, gestão em saúde prisional, doenças infecciosas, acolhimento, adesão ao tratamento, farmacologia/control de medicamentos/ substâncias psicoativas, grupos específicos/ saúde LGBTQIA+, prontuários de saúde, relações interpessoais entre equipe técnica e agentes penitenciários, tráfico de drogas, tratamento e prevenção de infecções de pele e inserção no mercado de trabalho.

A partir dessas informações, buscou-se identificar a melhor tecnologia virtual, que pudesse aproximar as atividades on-line ao encontro presencial. As reuniões virtuais para organização contaram com a presença de representantes do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), coordenação da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, representantes da Política de Atenção Básica, representantes das coordenações estaduais das IST/AIDS, hepatites virais e tuberculose. Integrantes do grupo de pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e alguns profissionais que atuam nas eAPP também foram convidados.

Na primeira reunião foram apresentados os dados levantados nos questionários respondidos pelos servidores penitenciários e profissionais das EABp. Nessa ocasião, os representantes da gestão também apresentaram demandas relevantes, tais como o diagnóstico e tratamento das hepatites virais no sistema prisional e os planos de contingência da Covid-19 no sistema prisional.

A proposta foi ampliada, a fim de que possa ser desenvolvida como educação formal em Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), e como educação informal nas redes sociais e podcasts. A educação formal será desenvolvida como curso de extensão na Plataforma Moodle, com 54 horas de aula de acordo com o Quadro 1. A educação informal ocorrerá mensalmente, no período da noite, com 2 horas de duração em *lives* abertas. Será organizada ao menos uma *live* por módulo, gravada e disponibilizada no YouTube. A produção de conteúdo inclui um *podcast* de aproximadamente 2

minutos de gravação de cada uma das temáticas de aula síncrona. A divulgação do conteúdo incluiu publicações em Redes Sociais como *Facebook* e *Instagram*.

Quadro 1 - Propostas para o Curso de Extensão

MÓDULO I - INTRODUTÓRIO (10h)	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde como direito de todo brasileiro • PNAISP e Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional • Gestão no Sistema Prisional • Protocolos de segurança • Atividades de fixação
MÓDULO II - DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE (20h)	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose • HIV/AIDS e coinfeção TB/HIV • Sífilis • Hepatites Virais • COVID e Planos de Contingência no Sistema Prisional • Portas de entrada e testagem rápida • Indicadores de Saúde Prisional • Atividades de fixação
MÓDULO III - SAÚDE MENTAL (10h)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso e abuso de drogas • Transtornos Mentais • Manejo de Crise • Atividades de fixação
MÓDULO IV - INTERFACES (12h)	<ul style="list-style-type: none"> • Odontologia • Assistência Farmacêutica • Urgência e Emergência • Saúde do Trabalhador • Vacinação • Atividades de Fixação
MÓDULO V - ENCERRAMENTO (2h)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do Curso de Extensão

Fonte: Autoras.

A Educação Permanente em AVA é inovadora e traz consigo inúmeros desafios. O grupo entende que a educação permanente se concretiza no reconhecimento de práticas e saberes, na criação de possibilidades de expressão e escuta, e na aposta em novas construções (MERHY, 2005). Mas como garantir encontros, intencionais

ou não, em ambientes virtuais de aprendizagem? Na EPS busca-se o encontro, a interação, a troca de experiências e o compartilhamento. Quais as alternativas disponíveis para essa interação em tempos de pandemia e distanciamento social?

Um Programa de Educação a Distância (EAD) não restrito à disseminação de informações e tarefas pré-definidas já era discutido há quase duas décadas, considerando a priorização do diálogo e o desenvolvimento de um processo educacional interativo, pautado em concepções epistemológicas, abordagens pedagógicas e tecnologias de suporte (ALMEIDA, 2003). No decorrer do tempo, houve melhoria das interações realizadas nos AVA, buscando aumentar a satisfação dos usuários e promovendo estratégias ativas de aproximação.

Estratégias Ativas de Aproximação na EAD ainda não configuram um conceito estabelecido, mas consideram todas as formas utilizadas no AVA para aproximar o aluno e o tutor, incluindo chats, vídeo-aula, fórum, e-mail eletrônico, feedbacks, entre outras que possam aprofundar a dinâmica das relações sociais (TELLE; ZORTEA; SILVA *et al.*, 2020). Tais ferramentas buscam suprir a deficiência da presencialidade, cabendo ao tutor manter a interação com os alunos, buscando a relação de aproximação (POLLI, 2019). Os contatos frequentes e as interações estabelecidas interferem diretamente na aprendizagem (FORTES; AGUIAR, 2018).

Por fim, as tecnologias digitais podem ser potencializadas por metodologias ativas de aprendizagem tais como: aprendizagem baseada em problemas/projetos, estudo de caso e aprendizagem por pares. A aprendizagem baseada em problemas/projetos aproxima-se muito da educação permanente, principalmente por tratar de temas reais, próximos à realidade dos alunos, que motiva a aprendizagem colaborativa, contextualizada e significativa, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades. O estudo de caso requer a descrição de dados e informação, envolve um dilema e tomada de decisão. As discussões não buscam consensos, mas a riqueza de diferentes pontos de vista. Na aprendizagem por pares, o foco está no debate e resolução de questões de múltiplas escolhas. A metodologia da sala de aula invertida não se aplica a este projeto, pois permanece baseada em modelos tradicionais (FERRARINI; SAHEB; TORRES, 2019).

O QUE SE DESEJA ALCANÇAR

O Programa de Educação Permanente para eAPP se propõe a fechar uma lacuna de formação, discussão, interação e melhoria de processos. O distanciamento social, imposto pela Pandemia da Covid-19 aumentou os desafios dessa construção, porém oportunizou o desenvolvimento de novas propostas. Pensar que as tecnologias podem aproximar as pessoas, ao invés de distanciar como a nomenclatura nos sugere (EAD), traz consolo em momento que não há opção do presencial. Tecnologias

de aproximação podem fortalecer relacionamentos e vínculos, oportunizando a continuidade de processos educacionais. Além disso, facilitam a participação das pessoas que teriam que se deslocar de uma cidade para outra para participar de um curso como este.

A educação informal utilizando redes sociais e podcasts pode atingir um grande número de pessoas, de forma que essa ferramenta pode ser utilizada como disseminadora de informações simples e pode despertar nos ouvintes o interesse pelo curso de extensão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Elizabeth Biancoconi de. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais na aprendizagem. *Educação e Pesquisa*, vol. 29, n. 2, p. 327-340, 2003.

BRASIL. *Lei de execução Penal*. Brasília, 1984. Disponível em: http://planalto.gov.br/oivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciaro_2ed.pdf. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/oi-n-390-publicada-a-prt-interministerial-n-1-que-institui-a-politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-das-pessoas-privadas-de-liberdade-no-sistema-prisional-pneisp-no-ambito-do-sistema-uniao-de-s/>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento*. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*. Brasília, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pneisp/pneisp>. Acesso em: 29 mar. 2022.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Aloindo Antônio. *Notas Cartográficas sobre a esouta*

e a escrita: contribuições à educação das práticas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005.

FERREIRA, Rosilei; SAHEB, Daniele; TORRES, Patricia Lupion. Metodologias ativas e tecnologias digitais: aproximações e distinções. *Revista Educação em Questão*, v. 57, n. 52, p. 1-30, 2019.

FORTES, Nathalia; AGUIAR, Fabiana. A Afetividade presente nas interações em cursos EaD: sob a perspectiva de Vygotsky e Wallon. *Simpósio Tecnologias e Educação a Distância no Ensino Superior*, v. 1, n. 1, 2018.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface*, vol. 9, n. 16, 2005.

POLLI, Daniela Mussi de. Tutor online: uma presença fundamental em meio aos avanços tecnológicos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA, 25., 20-24 out. 2019. Minas Gerais, Pocos de Caldas, 2019.

TELLE, Simone Motyozka Ott; ZORTEA, Gabriela; SILVA, Lucas Pisone; TEIXEIRA, Marília Coelho. Metodologia de aproximação tutor-aluno na EAD: um relato de experiência em uma escola de educação técnica. SENAC, 2020. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2020/aneis/trabalhos/53340.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2021.