



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**PATRÍCIA MAYRA DE ANDRADE SIQUEIRA**

**DELINEAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM UM  
PRESÍDIO DE PERNAMBUCO: A TUBERCULOSE EM FOCO**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**ENFERMAGEM**  
**NÚCLEO DE ENFERMAGEM**

**PATRÍCIA MAYRA DE ANDRADE SIQUEIRA**

**DELINEAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM UM**  
**PRESÍDIO DE PERNAMBUCO: A TUBERCULOSE EM FOCO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de graduação em enfermagem.

**Orientador:** Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros.

**Coorientador:** Ana Wlândia Silva de Lima.

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2017**

PATRÍCIA MAYRA DE ANDRADE SIQUEIRA

**DELINEAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM UM  
PRESÍDIO DE PERNAMBUCO: A TUBERCULOSE EM FOCO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de graduação em enfermagem.

Aprovado em: 09/06/2017.

**BANCA EXAMINADORA**

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros  
Prof<sup>o</sup>. Ms. (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

Maria da Conceição Cavalcanti de Lima  
Prof<sup>o</sup>. Dr. (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

Vanessa Karla Souza  
Prof<sup>o</sup>. Ms. (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender a percepção dos gestores, profissionais, e usuários sobre as ações da vigilância epidemiológica para o controle da tuberculose em um presídio da zona da Mata Pernambucana. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional, e transversal, com abordagem qualitativa, o qual os dados foram coletados através de um roteiro de entrevistas semiestruturado, construído pelos autores, no período de dezembro à março de 2017, no presídio de Vitória de Santo Antão-PE. Os dados foram analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre F e Lefèvre, e a amostra foi composta por 11 entrevistados, sendo eles três privados de liberdade, seis profissionais de saúde do presídio, e dois gestores municipais. **Resultados:** Foram realizadas quatro perguntas sobre a compreensão e percepção dos envolvidos sobre as ações da vigilância epidemiológica específica para as pessoas privadas de liberdade, as quais resultaram em onze ideias centrais e doze discursos. **Conclusão:** As percepções dos gestores, profissionais e usuários sobre as ações da vigilância epidemiológica para o controle da tuberculose no presídio de Vitória de Santo Antão- PE, voltam-se com relação ao tratamento, ações educativas, e na realização de exames de confirmação diagnóstica. Contudo, os discursos se contrapõem nas barreiras assistenciais relacionadas ao estado de privação, fazendo-se necessário estratégias efetivas de controle à doença no ambiente prisional.

**PALAVRAS CHAVES:** Vigilância Epidemiológica. Tuberculose. Presídio.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the perception of managers, professionals, and users about the actions of epidemiological surveillance for the control of tuberculosis in the Vitória de Santo Antão-PE prison. **Method:** This is a descriptive, observational, and cross-sectional study with a qualitative approach. Data were collected through a semistructured interview script constructed by the authors from December to March 2017 in the Vitória prison Of Santo Antão-PE. Data were analyzed through the Collective Subject Discourse of Lefèvre, F. and Lefèvre, and the sample consisted of 11 interviewees, three of whom were prisoners, six health professionals from the prison, and two municipal managers. **Results:** Four questions were asked about the understanding and perception of those involved in the actions of specific epidemiological surveillance for persons deprived of liberty, which resulted in eleven central ideas and twelve speeches. **Conclusion:** The perception of managers, professionals and users about the actions of epidemiological surveillance for the control of tuberculosis in the Vitória de Santo Antão prison, Brazil, turns in relation to treatment, educational actions, and in the accomplishment of diagnostic confirmation exams. However, the discourse contrasts with the welfare barriers related to the state of deprivation. Making necessary, effective actions of control to the disease in the prison environment.

**KEYWORDS:** Epidemiological Surveillance. Tuberculosis. Prisons.

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO .....</b>	<b>6</b>
INTRODUÇÃO .....	6
MÉTODO.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
CONCLUSÃO.....	<b>1Erro! Indicador não definido.</b>
REFERÊNCIAS.....	20
<b>ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>32</b>

## ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

## INTRODUÇÃO

A população penitenciária possui um grande risco de desenvolver doenças pelos determinantes provenientes de sua privação. As condições desumanas de moradia, alimentação, saúde, higiene, violência, exposição a agressões, ambientes pouco ventilados, uso ilegais de álcool e drogas, tornam o ambiente propício para o desenvolvimento e agravamento de diversas doenças, o que fazem com que esta população tenha um maior risco para adoecimento e morte.<sup>1</sup>

O Brasil possui a quarta maior população carcerária do mundo e, segundo dados divulgados pelo Ministério da Justiça referentes ao primeiro semestre de 2014, a população carcerária brasileira aumentou 80% em números absolutos, saindo de 336.400 presos para 607.700. Muitas cadeias e prisões brasileiras enfrentam problemas de grave superlotação e violência, o número de adultos atrás das grades no país aumentou 80% na última década, superando 600.000 pessoas até junho de 2014, mais de 60% acima da capacidade oficial das prisões.<sup>2</sup>

Neste cenário, o acesso aos serviços de saúde no sistema prisional é baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com marcos que foram essenciais para a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que era previsto desde 1984, mas que só passou a vigorar a partir de 2003.<sup>3</sup> O PNSSP, possui como metas a integralidade, intersetorialidade,

hierarquização, humanização e participação social visando assim a prevenção, promoção e tratamento adequados dos agravos de saúde.<sup>3</sup>

Um dos principais agravos à saúde, a tuberculose está diretamente relacionada às más condições de vida e às situações de vulnerabilidade e pobreza, se mostrando ainda desafiador o seu enfrentamento em âmbito global.<sup>1</sup> O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2016, estima que ocorreram 10,4 milhões de novos casos de tuberculose em todo o mundo, e que 1,8 milhões de pessoas morreram em decorrência da tuberculose em 2015, das quais 0,4 foram coinfectadas com HIV, sendo uma das 10 principais causas de morte no mundo em 2015.<sup>4</sup>

O sistema prisional ainda dispõe de uma realidade distante da que é proposta pelo PNSSP, pois o índice de doenças infectocontagiosas ainda é muito elevado, tornando-se um desafio para as ações de vigilância epidemiológica, havendo a necessidade de comprometimento dos gestores quanto à qualificação de um quadro permanente de profissionais de saúde, além de uma busca ativa entre seus comunicantes e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida desse público privado de liberdade.<sup>3</sup>

Diante deste cenário, em que a tuberculose é vista como um problema de saúde pública e em que, mais especificamente, a população carcerária encontra-se em risco para este agravo, surge a necessidade de compreender o papel da vigilância epidemiológica da unidade prisional estudada pelos protagonistas nestas ações visando, desta forma, contribuir para que o diagnóstico e tratamento adequado sejam realizados o mais breve possível, evitando assim possíveis complicações e disseminação da doença.

**MÉTODO:**

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, e transversal com abordagem qualitativa, em um presídio localizado no município de Vitória de Santo Antão- Pernambuco, no período de dezembro a março de 2017. A unidade prisional, conta com aproximadamente 700 homens privados de liberdade de municípios adjacentes, distribuídos em três pavilhões que recolhem reeducandos dos mais diversos crimes.

A população de estudo foi composta por homens privados de liberdade, profissionais de saúde que atuam no serviço e gestores da vigilância em saúde, mais especificamente, da epidemiológica. Os critérios de inclusão foram: ser funcionário há mais de seis meses da unidade prisional, estar em privação de liberdade, ter o diagnóstico confirmado ou histórico de tuberculose e estar atuando na gestão da vigilância epidemiológica na cidade em estudo há mais de três meses. Como critério de exclusão, estabeleceu-se que o reeducando que estivesse no castigo (local onde são colocados aqueles que não cumprem as normas do sistema penitenciário), não seriam inclusos na amostra.

A amostra foi composta por onze entrevistados, sendo eles: três privados de liberdade, dois gestores, sendo um da Vigilância em Saúde e outro da Vigilância de Tuberculose e Hanseníase do município, e seis profissionais de saúde do presídio.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro foi construído pelos autores, composto por perguntas que envolviam a compressão e percepção dos envolvidos sobre as ações da vigilância epidemiológica específicas para pessoas privadas de liberdade na cidade de Vitória de Santo Antão-PE.

Os dados foram analisados a partir do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que

resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, a agregação de depoimentos sem reduzi-los quantitativamente.<sup>5</sup>

Utilizou-se como suporte para análise dados, o Software DSCsoft, versão 1.4.0.0, utilizando o método de Lefèvre F e Lefèvre, com base na teoria das representações que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades. São esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitirem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões, socialmente elaborado e partilhado, de uma realidade comum a um conjunto social.<sup>6</sup>

Atendendo às normas em pesquisas que envolvem seres humanos, o estudo respeitou todas as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que zela pela legitimidade das informações, privacidade, e sigilo das informações. O levantamento dos dados só teve início após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências em Saúde (CCS), com CAAE 57893616.0.0000.5208.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As variáveis sociodemográficas e clínicas indicam que os entrevistados tinham entre 54 a 22 anos, 63% (7), se consideram pardos, e 37% (4) brancos, 54% (6) são casados, e 46% (5) solteiros, 54% (6) possuíam curso superior e pós graduação, e 46% (5) tinham cursado o ensino médio. No que se refere aos privados de liberdade 1 referiu ser alcoolista, fumante e fazer uso de drogas ilícitas. Quanto às variáveis clínicas 1 está em tratamento da tuberculose.

Os questionamentos foram divididos em quatro categorias principais, as quais foram desenvolvidas ideias centrais e o DSC de cada grupo entrevistado, para

obtenção dos resultados e discussão. A primeira pergunta envolveu o conceito e a justificativa da tuberculose como problema de saúde pública:

**Pergunta 01-** Você considera a tuberculose um problema de saúde pública? Por quê?

**Ideia Central (Gestores):** Situação epidemiológica da tuberculose.

***DSC Gestores:** Sim, pois Pernambuco é um estado hiperendêmico e Vitória de Santo Antão possui muitos casos em situação de abandono.*

**Ideia Central (Profissionais):** Disseminação, contágio e incapacidade.

***DSC Profissionais:** Sim. Porque é uma doença que atinge a população em geral, com alta disseminação, contágio recidivo, causa um grande número de óbitos, incapacidade funcional e respiratória, é uma doença de notificação compulsória já que caracteriza e atinge as camadas mais carentes e mais baixas. Aqui no presídio, a predisposição é 100%, pois eles estão num ambiente insalubre fechado, sem insolação, abafado e fácil de adoecer pois é muita gente num espaço só.*

**Ideia Central (Reeducandos):** Associação à morte e transmissão pelo ar.

***DSC Reeducandos:** Nada, só sei que é uma doença, transmitida pelo ar, que se não tratada, ocasiona a morte.*

Pernambuco ocupa o quarto lugar no Brasil em taxa de incidência de tuberculose (50,4 casos por mil habitantes em 2013) e o segundo lugar em mortalidade (3,8 óbitos por 100 mil habitantes). Anualmente, são registrados, em média, 4,5 mil novos casos no Estado, com uma média de 350 mortes, caracterizando sua hiperendemicidade.<sup>7</sup>

De acordo com o Sistema de Informação Mortalidade (SIM), pelo portal DATASUS entre os anos de 2005 e 2014, 48 pessoas morreram com tuberculose no Município de Vitória de Santo Antão- PE.<sup>8</sup>

Em questão ao abandono do tratamento, o DSC dos gestores diverge da realidade estadual do município em estudo, quando em Pernambuco houve uma redução ao longo dos anos de 2012 a 2014 (6,5%, 6,4% e 3,6% respectivamente), atingindo a meta de < 5% no último ano analisado.<sup>7</sup>

O discurso dos profissionais mostra relação com o descrito no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2011, na perspectiva da tuberculose possuir maior risco entre a população jovem, predominantemente masculina, com baixa escolaridade, oriundas de comunidades desfavorecidas, usuários de drogas ilícitas, maior frequência de tratamento anterior para tuberculose, antecedente frequente de encarceramento e a população carcerária. Esta alta endemicidade da doença na população privada de liberdade, advém dos fatores relacionados aos indivíduos e às suas condições de vida.<sup>9</sup>

Os profissionais em estudo concordam com achados de uma pesquisa realizada em um presídio de João Pessoa- Paraíba, no ano de 2012, ao relatar a insalubridade e potencial risco da disseminação da tuberculose em situação da privação de liberdade, confirmando que ambientes pouco ventilados, com baixos padrões de higiene e limpeza, nutrição inadequada, o comportamento ilegal como o uso de álcool e drogas ou atividades sexuais fazem com que essa população tenha um maior risco para adoecimento e morte por tuberculose e AIDS.<sup>10</sup>

O discurso dos reeducandos, concorda com a definição do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), 2016, que diz que as bactérias da tuberculose são transmitidas de pessoa para pessoa através do ar. Estas bactérias são liberadas

para a atmosfera, quando uma pessoa com tuberculose pulmonar tosse, espirra, fala ou canta. Pessoas próximas podem respirar essas bactérias e tornar-se infectada.<sup>11</sup>

Na pergunta seguinte se enfatizou as ações de informação, educação e sensibilização para o controle da TB no presídio, visto que são de grande importância por dar visibilidade ao problema, possibilitar a desconstrução de preconceitos e de valores que sustentam práticas discriminatórias, ao mesmo tempo em que favorecem a integração intragupal.<sup>9</sup>

**Pergunta 02** - Quais os métodos preventivos e de promoção à saúde realizados no presídio?

**Ideia Central (Gestores):** Distanciamento das ações de promoção.

*DSC Gestores: Junto à população carcerária com tuberculose nunca realizei nada.*

**Ideia Central (Profissionais):** Ações intersetoriais, a busca ativa, e a importância da prevenção em dias de visita.

*DSC Profissionais: Eu faço palestras educativas, as de tuberculose duas vezes no ano. Além disso, tenho uma parceria com o pessoal da educação, e da universidade, que sempre me ajuda. Uma semana antes da campanha de tuberculose, os professores já começam a trabalhar o tema em sala de aula, por pavilhões para alcançar a todos. No domingo, dia de visitas, também trabalho essas campanhas através de panfletagem para a família, para que se tornem multiplicadores de informação, faço busca ativa dos sintomáticos e o uso da máscara.*

**Ideia Central (Reeducandos):** Educação em saúde e o uso de máscaras.

***DSC Reeducandos:*** *Já, participei de palestras duas ou três vezes aqui, eu lembro até das pessoas da faculdade que vieram fazer.*

As ações de informação, educação e sensibilização para o controle da TB em prisões são de grande importância.<sup>9</sup> Uma das competências da Vigilância Epidemiológica é realizar ações em educação e saúde, esclarecendo quanto aos aspectos importantes da doença, sua transmissão, prevenção e tratamento.<sup>12</sup> Na realidade do município, conforme discurso, os gestores nunca participaram de algum momento de promoção de saúde e prevenção de agravos junto à população carcerária.

Diferente da realidade encontrada no presídio de João Pessoa- Paraíba em 2012, onde as atividades de educação em saúde não são rotineiras dentre os dois presídios estudados,<sup>10</sup> os profissionais de saúde do presídio de Vitória de Santo Antão, demonstram proatividade em desenvolver ações intersetoriais de promoção a saúde no controle da tuberculose.

Ao destacar a importância de ações educativas, que devem ser dirigidas às diversas categorias integradas à comunidade, os profissionais entrevistados reforçam também a importância dos grupos considerados confiáveis pela população prisional, já que são uma importante fonte de informação, sensibilização, incentivo à busca do diagnóstico e à adesão ao tratamento. Esses, considerados promotores de saúde, por terem facilidade de acesso aos detentos e por desfrutarem de sua confiança, poderão disseminar informações, incentivar a busca por diagnóstico, facilitar a comunicação entre o serviço de saúde e os detentos, apoiando no tratamento e participando de atividades de busca ativa de casos em articulação com o pessoal da saúde, de acordo com o que é observado no questionamento a seguir.<sup>9</sup>

**Pergunta 03** - Como é realizada a busca ativa, diagnóstico e tratamento da tuberculose?

**Ideia Central (Gestores):** A notificação como precursora ao acesso terapêutico.

***DSC Gestores:** O diagnóstico é feito pela baciloscopia de escarro, o RX de tórax, cultura do escarro, e o PPD se houver necessidade. O presídio traz a notificação, e é disponibilizado a medicação ao funcionário do presídio. Todos os meses eles trazem o escarro, e a baciloscopia de controle, assim que o resultado chega, é encaminhado para a unidade prisional.*

**Ideia Central (Profissionais):** O cárcere como aliado na confirmação diagnóstica e supervisão do plano terapêutico.

***DSC Profissionais:** Eu faço busca ativa diária, o nosso promotor da saúde é um carcerário, ele passa o dia aqui me ajudando, e a partir das cinco horas, ele entra e deixa a chave, lá ele tem acesso direto com os reeducandos, e assim quando um tosse, os próprios presos já são tão orientados pela equipe, que basta um tossir duas ou três vezes, que eles falam para o monitor, - “ele tá tossindo”, - “no pavilhão tal, fulano está perdendo peso, está sem querer comer, está com febre no fim da tarde, aí fica aí de mururu [astenia] escondido”, - “olha, esse bicho tá com tuberculose”, aí imediatamente eu solicito a baciloscopia de escarro, coeto e levo para a secretária de saúde. Quando o resultado demora, imediatamente solicito o RX, onde o acesso aqui é direto, eles têm essa liberdade, pede ao chaveiro, o mesmo abre a cela, eles vem e falam: eu estou com dor de dente, dor de barriga. Se for fazer uma visita no corredor desses, para ir na escola numa atividade ou outra, eles chamam e falam: estou com isso, com aquilo, eles têm esse acesso. O diagnóstico é feito pela baciloscopia, e o RX de tórax, uma vantagem para tratar tuberculose aqui no presídio, é que a medicação aqui é bem certinha, não falta, tá*

*uma coisa que funciona bem aqui. Faltou uma época aqui em 2015, um problema de abastecimento nacional, mas foi pouco tempo, acho que só foram três semanas. Todas as doses são supervisionadas, eles tomam aqui na frente do monitor de saúde, ou qualquer profissional de saúde que esteja na hora. Quando eles não vêm, eu vou buscar. Aqui não tem isso de dar a medicação ao preso, porque isso seria uma moeda de barganha, então quando o paciente passa muitos meses aqui, o índice de cura é total.*

**Ideia Central (Reeducandos):** O cárcere como aliado na confirmação diagnóstica e supervisão do plano terapêutico.

**DSC Reeducandos:** *Para diagnóstico o exame de RX e escarro. Quanto ao tratamento o cuidado foi bom, os profissionais me chamaram, me deram o remédio, explicou tudinho e fiz o tratamento de 6 meses. Eu venho tomar todos os dias de manhã, quando eu não venho o rapaz vai me buscar.*

Conforme o discurso dos gestores, o município disponibiliza de exames diagnósticos, a baciloscopia de escarro, o raio-x de tórax, a cultura do escarro, e o PPD se houver necessidade, confirmando o que o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2011,<sup>9</sup> que relata que os estabelecimentos de rotinas e fluxos para exames diagnósticos devem ser definidos com a área da saúde do sistema penitenciário, com os programas estaduais e municipais de controle da tuberculose e com a rede laboratorial, de forma a garantir o fluxo das amostras.<sup>9</sup>

O discurso dos profissionais em relação à busca ativa diverge na recomendação que ela seja feita diariamente, e no momento de ingresso à unidade prisional. Além de ser feita periódica, e sistemática, uma vez por ano. Também indica-se realizar baciloscopia de escarro e radiológico de tórax para todos os contatos que tiverem expectoração, independentemente da duração da tosse.<sup>13</sup>

Em relação aos exames diagnósticos e medicação, o discurso dos profissionais e dos reeducandos são similares a um estudo realizado no sistema penitenciário do Espírito Santo em 2010, que ressalta que as medicações são administradas de forma observada e supervisionada (Estratégia de Tratamento Diretamente Observado- DOTS) e feito exclusivamente pelos profissionais de saúde daquela unidade.<sup>14</sup>

**Pergunta 4-** Quais as dificuldades e facilidades que o município enfrenta em relação à Tuberculose na privação de liberdade?

**Ideia Central (Gestores):** Acompanhamento do tratamento após a libertação e a superlotação nos presídios.

***DSC Gestores:** As dificuldades são inúmeras, mas as principais é a do acompanhamento assim que liberto, muitos mudam de telefone, e endereço, dificultando ou impossibilitando o acompanhamento do tratamento. Outra dificuldade é a do sistema prisional e a superlotação, fazendo com que haja disseminação das doenças. As facilidades são de acesso junto à equipe, que tem a responsabilidade de manter as notificações, e a medicação que é dada corretamente e diariamente.*

**Ideia Central (Profissionais):** Situação em cárcere, e tratamento diretamente observado, falhas no sistema prisional e o trabalho em equipe.

***DSC Profissionais:** A principal facilidade é a aceitação do paciente ao tratamento, aqui eles são todos orientados e não apresentam nenhuma resistência quanto ao tratamento, eles entendem que tem um compromisso. Aqui o tratamento das doses são 100% supervisionadas, garantindo tratamento até o fim quando o paciente fica preso. A equipe é muito comprometida, dedicada, e competente, de A-Z todos trabalham unidos, todos falam a mesma língua. Tenho um monitor muito*

*atento, e uma enorme facilidade pra realizar diagnóstico, prevenção, e tratamento. Nenhuma unidade prisional você verá o que está vendo aqui como: controle de hipertensão arterial, tuberculose, controle de HIV, controle de tudo, aqui os números são fidedignos, cada profissional de saúde, possui sua pasta. Todos os privados de liberdade são atendidos pelo médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, ou seja uma equipe multiprofissional, todos eles tem cadastro no SUS, e o cartão do SUS, aqui temos uma equipe que funciona como o Núcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF). Já as dificuldades são inúmeras, o que dificulta meu trabalho é a falta de espaço, aqui não possui um espaço para realizar o isolamento respiratório, má ventilação, aglomeração de pessoas, impossibilidade de realizar a busca ativa dos contactantes por motivos de aglomeração. Outra dificuldade é fazer uma coleta de escarro, aqui ela é feita no pavilhão, eu não posso pegar um preso e levar para a quadra e realizar essa coleta, pois existe a questão da segurança. Aqui possui um grande entrave, que é a segurança, pois não se trata de pessoas qualquer, e sim de pessoas perigosas que cometeram coisas muito graves. Numa saída dessas para fazer o teste ele pode arranjar um problema, basta um passar pelo outro no corredor e ser inimigo. Outra dificuldade é o uso da máscara NR95 que não vem, então eles fazem uso da máscara comum, e a do sistema em contratar pessoas, e não realizar concurso público.*

**Ideia Central (Reeducandos):** Continuidade do tratamento.

**DSC Reeducandos:** *Eu fiz o tratamento completo de seis meses tomando o remédio, e depois de seis meses não acusou mais nada. Os profissionais de saúde também queriam que eu usasse máscara, mas eu não usei.*

Em concordância com os três grupos, (profissionais, gestores, e reeducandos) a principal facilidade é o plano terapêutico. Em um estudo realizado

na população privada de liberdade do Espírito Santo, em 2010, eles relataram que durante o período de estudo não foram realizados nenhum caso de abandono durante o encarceramento, onde a medicação é fornecida diariamente de forma supervisionada e diária para todos os casos diagnosticados.<sup>14</sup> As pessoas tratadas com TDO têm maior probabilidade de cura e de não evoluir para a TB-MR (tuberculose multirresistente) do que aquelas que não têm acesso a esta estratégia. Além disso, tem o poder de aproximar os profissionais dos doentes, fortalecendo o vínculo, e estabelecendo a confiança entre ambos, apresentando-se também como um importante momento para esclarecer ao paciente todas as informações sobre a doença.<sup>9</sup>

Os gestores afirmam que a principal dificuldade que eles enfrentam é após a libertação, o mesmo que o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose relata, que assegurar a continuidade do tratamento após o livramento constitui um grande desafio, já que, em geral, o momento do livramento não é conhecido com antecedência, e o local, onde o paciente vai se instalar após sua libertação, é incerto.

É fundamental que, assim que eles iniciem o tratamento, possam ter em seu poder um documento contendo informações sobre a data de início e o esquema de tratamento, durante o tempo em que permanecer na prisão, o máximo de informações devem ser fornecidas ao paciente de forma a conscientizá-lo sobre a importância da continuidade do tratamento após o livramento, ou transferência para outra unidade penitenciária, para que ele possa dar continuidade ao tratamento.<sup>9</sup>

Outra dificuldade expressada pelos gestores e profissionais é a superlotação, argumento este que foi observado em um estudo realizado por Vanderleia em Salvador-BA, em 2010, com internos assistidos no Programa de Saúde Penitenciária

da Penitenciária (PSP) Lemos Brito, no qual afirma que a o espaço prisional apresentam diversos fatores que permitem a exposição à condições estressantes, tais como a superlotação, a violência, a má alimentação entre outros, condições estas que podem contribuir com o desenvolvimento de diversas doenças.<sup>15</sup>

Outra dificuldade encontrada no discurso dos profissionais é o uso da máscara, como relata o Guia de Vigilância Epidemiológica, 2009, em que o controle da infecção deve ser feito de forma com que diminui o do risco de exposição dos pacientes a pessoas com tuberculose infectante, controle da expansão e redução da concentração de partículas infectantes em suspensão com sistemas de ventilação, salas de isolamento de pacientes com maior risco de infecção, uso de proteção respiratória individual (máscaras) em áreas com maior risco de exposição ao *M. tuberculosis*, que são disponibilizadas mas o reeducandos não fazem uso.<sup>12</sup>

## **CONCLUSÃO**

Pode-se observar no estudo que a percepção dos gestores, profissionais e usuários sobre as ações da vigilância epidemiológica para o controle da tuberculose no presídio de Vitória de Santo Antão- PE, convergem no bem-sucedido tratamento supervisionado, nas ações educativas realizadas pelos profissionais de saúde pela intersetorialidade e na solidificação da rede de atenção à saúde para a realização de exames de confirmação diagnóstica.

Contudo, contrapõe nas barreiras assistenciais relacionadas ao estado de privação, pois as doenças infectocontagiosas são bastante comuns nessa população, sua disseminação e contágio está relacionada com o indivíduo e as condições de vida na prisão, aumentando o risco de disseminação de doenças.

É muito difícil ir na contramão do sistema que descarta os já excluídos socialmente, pois as condições de trabalho e estrutura do sistema prisional inibem as ações de saúde realizadas pelos profissionais. Quando se identifica um caso de tuberculose, os contactantes são inúmeros, pois eles vivem amontoados, sem exaustão, circulação de ar, iluminação, superlotação e falta de espaço para isolamento respiratório.

A problemática da tuberculose entre os privados de liberdade é uma questão social e política que precisa ser enfrentada pela sociedade como um todo, pois a tuberculose ainda constitui um grande problema de saúde pública, fazendo necessário ações efetivas de controle à doença no ambiente prisional.

Quanto às dificuldades e limitações do estudo, pode-se destacar o acesso ao presídio, até obter a confiança das pessoas responsáveis pela segurança daquele local, o preconceito ainda presente na nossa sociedade.

A contribuição deste estudo vem demonstrar que, apesar de existirem leis que assegurem as condições de vida e de saúde desta população, percebe-se que ainda existem muitas barreiras a serem enfrentadas para que os seus direitos sejam de fato, alcançados.

## **REFERÊNCIAS:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Brasil. Departamento Penitenciário Nacional Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN-Junho 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Fiocruz Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Amanhã. Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro. [acesso em 01 maio 2017]. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/oms-lanca-relatorio-global-sobre-tuberculose2016/#.WSSOd2jyvIU>
5. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma Nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa. Caxias do Sul. Educs 2000
6. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução a ferramenta de pesquisa quali-quantitativa\*. Distub Comum 2013; 25(1):129-136.
7. Brasil. Vigilância em Saúde. Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco. Boletim Tuberculose Hanseníase no Sistema Prisional. Ano5; nº 2; 2º semestre; ago 2016.
8. Brasil. Secretária Executiva- MS. DATASUS Departamento de Informática do SUS. [acesso em 13 abril 2017]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011
10. Alcantara LM, Alves RS, Oliveira RCC de et al. Ações para o Controle da Tuberculose no Sistema Prisional Masculino. Revista Enferm UFPE on line. 8 (11),3832-32, nov, 2014

11. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. [acesso em 12 maio 2017]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tb/>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Brasil. Resolução nº11, de 07 de dezembro de 2006. Diretriz Básica para a Detecção de Casos de Tuberculose entre Ingressos no Sistema Penitenciário das Unidades de Federação
14. Macedo LM, Macedo CR, Maciel ELN. Vigilância Epidemiológica Guia da Tuberculose em Presídio do Espírito Santo. Ver. Bras Promoc Saúde, Fortaleza, 26 (02): 216-222, abr.jun 2013
15. Silva, VN, Santos, ABS, et al. Motivos de Consulta por uma Equipe de Saúde Penitenciária em Salvador Bahia.

## ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

### **Ciência & Saúde Coletiva** INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-8123 *versão impressa*  
ISSN 1678-4561 *versão online*

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Orientações para organização de números temáticos](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

#### **Instruções para colaboradores**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

#### **Orientações para organização de números temáticos**

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos

moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e

quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos

gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações**

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como

também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

## **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo

diferente dos outros tipos de contribuição.

## Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”  
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)  
Pelegriani MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria  
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento  
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário  
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor  
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.  
  
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor  
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor  
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro  
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. Resumo em Anais de congressos  
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos  
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese  
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal  
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual  
*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais  
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico  
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo

epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico *CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador *Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics* [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)**  
**Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos**  
**21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil**  
**Tel.: +55 21 3882-9153 / 3882-915**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE / UFPE

**PARECER  
CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DELINEAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA NO PRESÍDIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-  
PERNAMBUCO: A TUBERCULOSE EM FOCO

**Pesquisador:** Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57893616.0.0000.5208

**Instituição Proponente:** Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

**Número do Parecer:** 1.746.623

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.746.623

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de conclusão do curso de Enfermagem, campus Vitória, apresentado pela aluna PATRÍCIA MAYRA DE ANDRADE SIQUEIRA, orientada pela prof.<sup>a</sup> Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral:

Compreender a percepção dos gestores, profissionais e usuários sobre as ações da vigilância epidemiológica para o controle da tuberculose no presídio de Vitória de Santo Antão- PE no período de julho a dezembro de 2016.

Objetivos específicos:

1 - Caracterizar em aspectos sociodemográficos, gestores, profissionais, e usuários que participarão do estudo, envolvidos nas ações de controle da tuberculose pela vigilância epidemiológica da cidade de Vitória de Santo Antão-Pernambuco;

2 - Caracterizar o perfil clínico epidemiológico das pessoas privadas de liberdade com diagnóstico de tuberculose do presídio de Vitória de Santo Antão- PE;

3 - Elencar as ações desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, Guias de Recomendação para o Controle da Tuberculose, Guia de Vigilância Epidemiológica, Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no

Sistema Prisional e a Legislação Saúde no Sistema Penitenciário no presídio de Vitória de Santo Antão

PVSA.

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

Riscos: De constrangimento e desconforto que serão minimizados através de entrevistas em local reservado e de forma individualizada.

Benefícios: Alertar os gestores e profissionais com relação ao que está preconizado para a população carcerária assim como capacitar este público para que as ações sejam realizadas com o intuito de prevenção, diagnóstico e tratamento adequado, o que poderá contribuir para diminuição da morbimortalidade por tuberculose na população estudada.

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

Trata-se de um estudo descritivo observacional, transversal com abordagem qualitativa. O estudo é relevante, uma vez que permitirá uma análise de como estão sendo executadas as ações da vigilância epidemiológica para o controle da tuberculose, numa população de alto risco e permitirá identificar as principais dificuldades encontradas para o cumprimento do protocolo do Ministério da Saúde no que se refere à Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e a Legislação Saúde no Sistema Penitenciário. Uma vez identificados estas dificuldades, poderão ser realizadas ações que colaborem para a execução adequada deste protocolo e que portanto contribuirão para redução da morbimortalidade por tuberculose na referida população.

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

1 - Folha de rosto devidamente datada, assinada e carimbada.

2 - Carta de anuência I (presídio) em papel timbrado da Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES) e assinada pelo diretor; carta de anuência II da secretaria de saúde de Vitória devidamente assinada e carimbada

3 - TCLE adequado para a pesquisa.

4 - lattes das pesquisadoras anexados.

5 - Termo de confidencialidade datado e assinado pela pesquisadora principal.

6 – Cronograma ajustado para a pesquisa;

7 - Projeto adequado (em ambos os formatos).

**Recomendações:**

**Não há**

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

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3.da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_753566.pdf	09/09/2016 10:52:04		Aceito
Outros	Carta_Respsta_Pendencias.docx	09/09/2016 10:51:19	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito

Página 03 de

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	09/09/2016 10:48:03	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/09/2016 10:47:29	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	09/09/2016 10:45:30	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Mariana.jpg	14/07/2016 11:36:24	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Wladia.pdf	14/07/2016 11:34:50	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_II.pdf	14/07/2016 11:33:43	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Patricia.pdf	14/07/2016 11:20:46	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	14/07/2016 11:05:34	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	14/07/2016 10:54:35	Patrícia Mayra de Andrade Siqueira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

**Telefone:** (81)2126-8588