

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SANDRELISA LOPES ROCHA DE DEUS

**AÇÕES E ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDAS NO
SISTEMA PRISIONAL**

**BELO HORIZONTE
2014**

SANDRELISA LOPES ROCHA DE DEUS

**AÇÕES E ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDAS NO
SISTEMA PRISIONAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Isabel Yovana Quispe Mendoza

BELO HORIZONTE
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

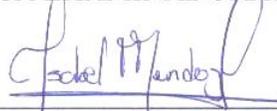
DEUS, SANDRELISA LOPES ROCHA DE
AÇÕES E ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDAS NO SISTEMA PRISIONAL [manuscrito] / SANDRELISA LOPES ROCHA DE DEUS. - 2014.
41 f.
Orientadora: Isabel Yovana Quispe Mendoza .
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em formação pedagógica para profissionais de saúde.
1. Prisões. 2. Atenção à Saúde. 3. Estratégias. I. Mendoza , Isabel Yovana Quispe . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Sandrelisa Lopes Rocha de Deus

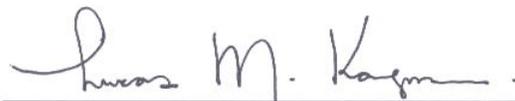
**“AÇÕES E ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO À SAÚDE
DESENVOLVIDAS NO SISTEMA PRISIONAL”**

Trabalho apresentado ao Curso de
Especialização de Formação Pedagógica
para Profissionais de Saúde da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialista

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Isabel Iovana Quispe Mendoza (Orientadora)



Prof. Lucas Miranda Kangussu

Data de aprovação: **15/02/2014**

DEDICATÓRIA

À Deus, que em sua infinita bondade concedeu-me a oportunidade de realizar esse trabalho e me sustentou de forma grandiosa durante a jornada de estudos;

Ao meu marido, José Haroldo, que soube aceitar minha ausência, compreender minhas falhas e principalmente apoiar e incentivar minha decisão durante a realização do curso;

Ao meu amado filho, Ítalo Vinícius, que soube entender minha necessidade de silêncio, que de forma carinhosa sentava ao meu lado e me dava beijinhos como forma de incentivo;

Aos meus Pais, Valdeci e Sindalva, que mesmo distante incentivaram e apoiaram meus estudos;

À minha irmã Carla Patrícia, que sempre me ouviu, confortou e incentivou durante meus telefonemas aflitos com pedidos de ajuda;

À minha irmã Débora Talita, que de forma singela me apoiou e compreendeu que durante meus estudos era difícil conversar ao telefone;

À minha amiga Deyliane, que sempre socorreu, incentivou e principalmente me fez acreditar na minha capacidade;

A querida amiga Selma, que nos momentos difíceis compartilhou saberes e trouxe conforto, nos momentos de calma trouxe risos e companheirismo. Soube fazer das caronas um momento de relaxamento e diversão.

AGRADECIMENTOS

Novamente agradeço primeiro a Deus, pois reconheço que sem sua presença na minha vida nada teria acontecido.

Ao Sr^o Fernando Pereira Renovato, Diretor de Atendimento e Resocialização do Presídio Antonio Dutra Ladeira, pela compreensão, ajuda e apoio para realização desse curso.

As amigas do clube da Luluzinha, que sempre tiveram paciência para me escutar quando eu simplesmente resolvia falar e falar das minhas ideias para o Trabalho de Conclusão de Curso.

A professora, Orientadora Isabel Yovana, que mesmo distante acolheu esta ideia, orientou e conduziu este estudo, contribuindo assim, com meu conhecimento.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui, meus sinceros agradecimentos.

*“Quanto a mim, não julgo que o haja alcançado;
mas uma coisa faço, e é que,
esquecendo-me das coisas que atrás ficam,
e avançando para as que estão diante de mim,
prossigo para o alvo.”*

Filipenses, 3: 13-14

RESUMO

As ações de atenção básica devem ser desenvolvidas por meio do exercício das práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, na forma do trabalho em equipe levando em consideração a dinamicidade existente entre a população atendida. O atendimento em saúde para a população privada de liberdade é assegurado mediante lei desde 1984 através da Lei de Execução Penal - Lei nº 7.210/84. Em conjunto com essa lei figura o Plano Nacional de Saúde no Sistema Nacional - Portaria Interministerial nº 1777/03 que estabelece a atenção básica de saúde no âmbito das unidades penitenciárias e prevê sua realização através da equipe mínima de saúde. Com o objetivo de descrever as ações e buscar básicas de atenção à saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde no Sistema Prisional. Utilizou-se como método a revisão integrativa. Resultados: foram encontradas ações de controle de tuberculose 3 (33,3 %) da amostra; saúde da mulher 3 (33,3 %) e ações complementares que compreendem as ações de diagnóstico de saúde 1 (11,1%) e saúde mental 1 (11,1). Apesar de ter decorrido mais de 10 anos da criação do Plano, não foi possível incluir na revisão estudos sobre a hanseníase; hipertensão; diabetes; saúde bucal e imunização para essa população. Embora o estado de Minas Gerais tenha aderido ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, não teve nenhum artigo incorporado na revisão, sendo o único estado da região sudeste do país que não foi contemplado na pesquisa.

Palavras-chave: Prisões; Atenção à Saúde; Estratégias.

ABSTRACT

The primary healthcare should be developed through the exercise of management and sanitary democratic and participatory practices in the form of teamwork taking into consideration the existing dynamics of the population served. The health care for prisoners is ensured by law since 1984 through the Criminal Sentencing Act - Law No. 7.210/84. In conjunction with this law include the National Health Plan in the National System - Ministerial Decree No 1777 / 03 establishing the basic health care within the prison units and provides it through the minimum health team. In order to describe the present actions seek basic health care developed by health professionals in Prisons. Method was used as an integrative review. Results: women's health 3 (33.3 %) and additional shares comprising the actions of health diagnosis 1 (11.1%) and mental health efforts to control tuberculosis 3 (33.3 %) of the sample were found 1 (11.1 %). Despite having passed more than 10 years after the creation of the Plan, it was not possible to include in the review studies on leprosy, hypertension, diabetes, oral health and immunization for this population. Although the state of Minas Gerais has joined the National Health Plan in the prison system, had no built-in article review, being the only state in the southeast of the country has not been included in the search.

Key-words: Prisons; Health Care; Health Strategies.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Classificação das Evidências.....	19
QUADRO 2. População e amostra do estudo antes e após serem submetidos aos critérios de inclusão.....	21
QUADRO 3. Distribuição dos artigos segundo Autor (profissão) e Procedência do estudo.....	23
QUADRO 4. Distribuição dos artigos segundo nível de evidência e ano de publicação.....	26
QUADRO 5. Ações/Estratégias desenvolvidas no Sistema Penitenciário.....	28

LISTA DE TABELA

TABELA 1. Distribuição dos artigos segundo periódicos divulgados.....	23
TABELA 2. Distribuição dos artigos segundo delineamento do estudo.....	24

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CTC – Comissão Técnica de Classificação
DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
HCTP – Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico
HCV – Vírus da Hepatite C
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
InfoPen – Sistema Integrado de Informações Penitenciárias
LEP – Lei de Execução Penal
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde
Medline - Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
MJ – Ministério da Justiça
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBE – Prática Baseada em Evidência
PCT – Programa de Controle de Tuberculose
PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
RI – Revisão Integrativa
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TDO – Tratamento Diretamente Observado
UP – Unidade Prisional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVO.....	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 Atenção Básica à Saúde.....	13
3.2 A Saúde no Sistema Prisional.....	15
4. REFERENCIAL TEORICO E METODOLÓGICO.....	17
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
5.1 Método.....	18
5.2 População e Amostra.....	19
5.3 Critérios de Inclusão/Exclusão.....	19
5.4 Variáveis do Estudo.....	20
5.5 Instrumento de Coleta de Dados.....	20
5.6 Análise dos Dados.....	20
6. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	21
6.1 Controle de Tuberculose.....	26
6.2 Saúde da Mulher.....	28
6.3 Ações Complementares.....	30
6.3.1 Saúde Mental.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE.....	41

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica à saúde é definida como “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. (BRASIL, 2012). Essas ações devem ser desenvolvidas por meio do exercício das práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, na forma do trabalho em equipe levando em consideração a dinamicidade existente entre a população atendida.

A Atenção Básica busca garantir aos usuários acesso universal e contínuo ao sistema de saúde, criando-se um vínculo de co-responsabilidade entre a rede de serviços e a população, visando com isso à efetivação da integralidade e da equidade no atendimento (BRASIL, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) “Saúde é o estado completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades”. No Brasil a Constituição Federal de 1988 em seu Art. 196 diz que:

A saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para Scliar (2007) o conceito de saúde reflete o momento social, econômico, político e cultural de uma geração, sendo diferente para cada pessoa que a vivencia. O termo “Política de Saúde”, segundo Paim e Teixeira (2006) é definido como as formas, historicamente determinadas, de o Estado reagir às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. Sendo assim, é possível compreender as Políticas de Saúde como as ações e serviços ofertados pelo Estado com o propósito de impactar positivamente nas condições de saúde da população.

O atendimento em saúde para a população privada de liberdade é assegurada mediante lei desde 1984 (BRASIL, 2010). A Lei de Execução Penal (LEP) – Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, em seu artigo 14 versa sobre a Assistência à Saúde estabelecendo que: “A assistência à saúde do (a) preso (a) e do (a) internado (a) de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. Em 2003 surge no cenário nacional através da Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de setembro 2003, dos Ministérios da Saúde e da Justiça o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) – Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 de setembro de 2003,

que no Art. 8º vem “Estabelecer que a atenção básica de saúde, [...] no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima , integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, [...]”.

Para Peduzzi (2001) “o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”.

O trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar possibilita uma mudança no modelo assistencial, uma vez que o profissional necessita desenvolver sua profissão em um trabalho coletivo, onde o resultado deverá ser de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas técnicas (NASCIMENTO et al., 2008).

Em relação ao trabalho das equipes de atenção básica, podemos destacar características como a priorização da solução dos problemas de saúde mais frequentes, o desenvolvimento de ações educativas e de ações com foco nos grupos de risco, a assistência básica integral e a garantia de acesso ao apoio diagnóstico (BRASIL, 1999).

Atualmente a população carcerária no Brasil é de 473.626 pessoas, segundo dados oficiais do Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN/Ministério da Justiça (Dezembro/2009). Essas pessoas encontram-se distribuídas nos 1.806 estabelecimentos penais que compõem o Sistema Penitenciário Brasileiro.

Ao ingressar como Enfermeira no Sistema Prisional no ano de 2011, deparei-me com todas essas questões e com o novo, a questão da segurança e dos seus agentes como um ator a mais na questão saúde. No decorrer do tempo fui apresentada as campanhas preventivas, os atendimentos de livre demanda ao detento, a Comissão Técnica de Classificação (CTC) entre tantas outras atividades desenvolvidas em conjunto com os demais profissionais. A partir do disposto na LEP, na da Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de setembro 2003 e a proximidade com o tema, suscitou o interesse em saber quais as ações e estratégias de atenção à saúde são desenvolvidas no sistema prisional? Diante do atual cenário brasileiro de uma população carcerária crescente, tal estudo apresenta-se relevante no que diz respeito às ações básicas de saúde que são desenvolvidas para a população privada de liberdade. Nesse sentido a elaboração do presente estudo pretende contribuir para aquisição de novos saberes sobre o tema “Sistema Prisional”.

2 OBJETIVO

Descrever às ações básicas de atenção à saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde no Sistema Prisional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Básica à Saúde

Todo serviço de saúde tem duas metas como principais, sendo elas: Otimizar a saúde da população através da aplicação do conhecimento sobre a origem das doenças e seu manejo, assim maximizando a saúde. A outra é diminuir a diferença entre os diversos grupos da população, assegurando o acesso de todos aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

A carta de Lubiana (1996) propõe que os sistemas de saúde devem ser:

- Dirigidos por valores de dignidade, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- Direcionados para a atenção primária. (STARFIELD, 2002, P.19-20).

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde definiu Atenção Básica como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata)

Para Starfield (2002), a atenção primária “envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade de vida [...]”. De acordo com a autora atenção primária à saúde “é aquele nível de um sistema de serviço que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas”. A autora conclui seu pensamento definindo atenção primária como “um conjunto de funções que combinadas, são exclusivas da atenção primária”.

O Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde pública que se tem conhecimento, foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas

Leis Orgânicas 8080/1990 e 8142/1990, é baseado na concepção de saúde como direito de cidadania. O SUS encontra-se em pleno processo de crescimento e consolidação. Desde a sua criação, o SUS vem passando por importantes mudanças no processo de estruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência à saúde oferecida à população, dentre essas mudanças, podemos ressaltar o processo de descentralização de responsabilidades, o avanço significativo na sua universalização, a integralidade do atendimento, a equidade e a participação social, e a reestruturação da Atenção Básica (BRASIL, 2002).

A Atenção Básica à saúde fundamentada pelos princípios do SUS é definida como “[...] conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. (BRASIL, 1999). No Brasil o Ministério da Saúde adota o termo Atenção Básica à Saúde como forma de diferenciação entre a proposta de saúde da família e a dos cuidados primários de saúde (STARFIELD, 2002).

A Portaria N° 648/GM/MS de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica e recentemente a Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011 estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica. Seu texto apresenta as características do processo de trabalho da equipe de atenção básica, entre elas destacam-se:

- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhando de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critério de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;
- Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças evitáveis (BRASIL, 2012, p.41).

Ainda em seu texto descreve as atribuições inerentes a todos os profissionais com destaque:

- Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012, p.44).

Diversos estudos demonstram que a atenção básica à saúde demonstra ser um elemento chave na construção dos sistemas nacionais de saúde, garantindo o acesso universal aos serviços que trazem benefícios reais para a saúde (STARFIELD, 2002).

3.2 A Saúde no Sistema Prisional

Com a reestruturação do sistema de atenção à saúde no Brasil na década de 80 e com a criação do Sistema Único de saúde que têm por finalidade a promoção de uma maior qualidade para a população e a garantia de acesso a assistência integral a saúde, surge para diferentes órgãos um novo quadro com questões e exigências para o cumprimento constitucional da saúde com direito de todos e dever do Estado.

Nesse cenário ressalta a grave situação das pessoas que se encontram privadas de sua liberdade, convivendo na precariedade de espaços físicos e com a carência do atendimento à saúde. É notório que a atenção a saúde da população carcerária no Brasil tem sido realizada sob a luz reducionista com ações que se limitam as voltadas para o enfrentamento das DST/AIDS, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações, embora os altos índices de enfermidades como tuberculose, dermatoses, transtornos mentais, hepatites e outros agravos prevalentes na população em geral e também observados nas instituições prisionais (BRASIL, 2004).

Como resposta para tais questões o Ministério da Saúde em uma ação conjunta com o Ministério da Justiça elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em conformidade com os fundamentos e princípios do SUS.

Instituído pela Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, o PNSSP prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, como garantia do direito de cidadania. Seus instrumentos de gestão que orientam o planejamento e a tomada de decisão por parte dos gestores estão contemplados no plano, como por exemplo, o cadastramento de Unidades dos Estabelecimentos Prisionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Esse modelo de atuação busca a construção da ética do coletivo e a articulação necessária intersetorial, afirmando a impossibilidade de divisão entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2004).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional respalda-se nos princípios da ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência a fim de assegurar a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral a saúde. Tem como diretrizes:

- Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
- Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária;

- Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- Estimular o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 2004, p.14).

O PNSSP desenvolve como linha de ação para atenção básica o controle de tuberculose, controle da hipertensão e diabetes, dermatologia sanitária-hanseníase, saúde bucal e saúde da mulher. Prevê ainda como protocolo mínimo para diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos por ocasião do ingresso da pessoa no Sistema Prisional, os seguintes procedimentos:

- Aconselhamento em HIV/DST/AIDS e hepatites;
- Diagnóstico de hipertensão arterial;
- Diagnóstico de diabetes;
- Identificação de sintomáticos dermatológicos;
- Identificação de sintomáticos respiratórios;
- Avaliação e orientação para o planejamento familiar;
- Imunização contra hepatite B. (BRASIL, 2004, p.31).

Destaca-se que o PNSSP é uma estratégia para fazer chegar às políticas de saúde à população prisional, uma vez que contempla várias ações contidas nas políticas nacionais de saúde, tornando-se um marco na atenção em saúde voltada para a população privada de liberdade. (BRASIL, 2010).

4 REFERENCIAL TEORICO E METODOLÓGICO

A Prática Baseada em Evidência (PBE) segundo Galvão, Sawada e Mendes (2003) “é um abordagem que envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica as evidências disponíveis, implementação das evidências na prática e análise dos resultados”.

Para Santos, Pimenta e Nobre (2007) a PBE

prevê metodologias e processos para a identificação de evidências de que um certo tratamento, ou meio diagnóstico, é efetivo, estratégias para avaliação da qualidade dos estudos e mecanismos para a implementação na assistência(p.2)

A Revisão Integrativa (RI) constitui-se como um instrumento da PBE. Nesse sentido o método possibilita a melhor utilização das evidências científicas (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010). Para Santos, Pimenta e Nobre (2007) a evidência “é uma constatação da verdade que não suscita qualquer dúvida”. Os níveis de evidência conferem confiabilidade ao estudo e apresenta-se como uma das exigências na PBE.

QUADRO 1
Classificação das evidências

Nível de evidência	Fontes de evidência
Nível I	Metanálise de múltiplos estudos controlados.
Nível II	Estudo experimental individual.
Nível III	Estudo experimental com grupo único, não randomizado, controlado, com pré e pós-teste ou estudos tipo caso controle.
Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou de caso.
Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.
Nível VI	Opinião de autoridades respeitadas (como autores conhecidos nacionalmente) baseados em sua experiência clínica ou opinião de um comitê de peritos incluindo suas interpretações não baseadas em pesquisas. Este nível também inclui opiniões de órgãos de comunicação ou legais.

Adaptado: (STETLER et al., 1998)

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Método

Para desenvolver a pesquisa utilizou-se a revisão integrativa por permitir uma abordagem ampla no que refere à revisão sendo possível a inclusão de diversos estudos. Para Mendes, Silveira e Galvão (2008, p.759) a revisão integrativa “tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, [...], contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado”. A revisão integrativa é “um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados significativos na prática” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A presente revisão foi desenvolvida segundo as seis fases proposta pelas autoras acima citadas:

1 Fase: elaboração da pergunta norteadora

Identificação do tema e problema de pesquisa para formulação da pergunta norteadora que deve ser elaborada de forma clara e específica. Como forma de cumprir com o objetivo proposto foi formulada a seguinte pergunta: Quais as ações e estratégias de atenção à saúde são desenvolvidas no sistema prisional?

2 Fase: busca ou amostragem na literatura

Esta diretamente ligada à fase anterior. A busca deve ser ampla e diversificada. São estabelecidos os critérios de inclusão/exclusão da amostra.

3 Fase: coleta de dados

Para a extração dos dados faz-se necessário a utilização de um instrumento de coleta previamente elaborado, capaz de assegurar a relevância dos dados e minimizar erros.

4 Fase: análise crítica dos estudos incluídos

Nessa fase a experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados.

5 Fase: discussão dos resultados

Comparação dos dados, identificação de possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros.

6 Fase: apresentação da revisão integrativa

Consiste em uma das mais importantes, pois nessa fase ocorre a elaboração do documento que deve abordar a descrição das etapas percorridas e os principais resultados dos artigos incluídos. Assim sendo deve ser clara e completa a fim de permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados.

5.2 População e Amostra

Para o desenvolvimento do estudo a busca foi realizada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) e no banco de dados e produção editorial do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, visando a responder a questão: Quais as ações e estratégias de atenção à saúde são desenvolvidas no sistema prisional?

O recorte temporal compreendeu as publicações dos últimos 10 anos. A leitura inicial da literatura direcionou a escolha das palavras-chaves, sendo elas “Prisões” e “Saúde”. A população foi composta por 136 artigos sendo 61 na base Medline e 75 na base LILACS. Já a amostra é composta por 09 artigos. A estratégia de busca está descrita no Quadro 2.

QUADRO 2

População e amostra do estudo antes e após serem submetidos aos critérios de inclusão			
Fonte	Estratégia de busca	População	Amostra
Medline	“Prisões” and “Saúde”	61	03
LILACS	“Prisões” and “Saúde”	75	06
Total		136	09

5.3 Critérios de Inclusão/Exclusão

Foram adotados como critério de inclusão os artigos publicados nos últimos 10 anos, artigos de língua portuguesa, os que foram publicados na íntegra. Foram excluídos artigos em

duplicidade, que não atenderam ao objetivo do estudo, estudos não disponíveis na íntegra.

5.4 Variáveis de Estudo

As variáveis do estudo contemplam: periódico, ano de publicação, autores (profissão), procedência do estudo, tipo de pesquisa, nível de evidência, ação/estratégia abordada.

5.5 Instrumento de Coleta de Dados

Elaborou-se um instrumento de coleta para facilitar a sistematização dos dados de forma a alcançar o objetivo do estudo. Tal instrumento tem como referência as variáveis: periódico, ano de publicação, autores (profissão), procedência do estudo, tipo de pesquisa, nível de evidência, ação/estratégia abordada (APÊNDICE).

5.6 Análise dos Dados

Depois de realizada leitura criteriosa dos estudos que forem selecionados para compreensão do problema, os dados extraídos foram expostos em quadros sinóticos que facilitam a compreensão do leitor.

6 RESULTADOS e DISCUSSÃO

De posse dos artigos selecionados, foram extraídas as variáveis pertinentes ao estudo e elaborado quadros e tabelas para facilitar a visualização e compreensão dos dados. As mesmas serão apresentadas a seguir.

TABELA 1
Distribuição dos artigos segundo periódicos divulgados

Periódico	f	%
Cadernos de Saúde Pública	2	22,2
Revista Panamericana de Saúde Publica	1	11,1
Revista Brasileira de Epidemiologia	1	11,1
Cadernos de Saúde coletiva	1	11,1
Revista de Saúde Pública	1	11,1
Revista Ciência & Saúde Coletiva	1	11,1
Revista Enfermagem em Foco	1	11,1
Revista Ciência, Cuidado e Saúde	1	11,1
Total	9	100

Observa-se que a revista que possui o maior número de artigos que compuseram a amostra foi a *Cadernos de Saúde Pública - CSP* com 2 (22,2%) dos estudos, as demais revistas que compuseram a amostra contribuíram com 1 (11,11%) cada. A revista *Cadernos de Saúde Pública – CSP* é uma revista mensal publicada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, cuja publicação destina-se à publicação de artigos originais no campo da Saúde Pública.

O próximo Quadro apresenta os artigos segundo as variáveis Autor (profissão) e procedência do estudo.

QUADRO 3
Distribuição dos artigos segundo Autor (profissão) e Procedência do estudo

Título	Autor	Profissão	Procedência (Estado da Federação)
O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros	OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO (2012)	Enfermeira Não informado Não informado	Não informado
Maternidade atrás das grades	SILVA; LUZ; CECCHETTO (2011)	Enfermeira Enfermeira Enfermeira	Rio grande do Sul
Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira	COELHO et al (2009)	Não informado	Ribeirão Preto – São Paulo
Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador	COELHO (2009)	Não informado	Salvador - Bahia
Estudo de comportamento associado pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil	STRAZZA et al (2007)	Não informado	São Paulo

A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública	SANCHEZ et al (2007)	Não informado	Rio de Janeiro
Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade	ROSINSKI et al (2006)	Acadêmicas de enfermagem Enfermeira	Santa Catarina
Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil	MIRANDA; MERCON-DE-VARGAS; VIANA (2004)	Não informado	Espírito Santo
Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil	OLIVEIRA; CARDOSO (2004)	Não informado	Campinas – São Paulo

Em relação a formação acadêmica apenas em 3 (33,3%) da amostra foi informada a formação, sendo todas enfermeiras ou estudante de enfermagem. No restante da amostra 6 (66,7%) foi informado apenas o vínculo institucional do autor que na sua maioria está em Universidades Federais e Universidades Privadas. Com relação a procedência do estudo a região Sudeste do Brasil contribui com 5 (55,6%) sendo 3 estudos realizados no Estado de São Paulo, 1 no Espírito Santo e 1 no Estado do Rio de Janeiro.

De acordo com Silva, Silva e Oliveira (2007), o desenvolvimento científico tem determinado a necessidade de uma formação profissional mais criteriosa, permitindo ao profissional de enfermagem uma maior especialização em sua prática com domínio de técnicas e que acompanham o desenvolvimento científico, crescendo também a responsabilidade das instituições formadoras.

A Tabela 2 apresenta o delineamento dos estudos utilizados que fizeram parte da presente RI.

TABELA 2
Distribuição dos artigos segundo delineamento do estudo

Tipo de estudo		f	%
Primário/Quantitativo (Transversal)	4	5	55,6
Primário/Quantitativo (Longitudinal)	1		
Primário/Qualitativo (Estudo de Caso)	4	4	44,4
Total		9	100

O delineamento do estudo refere-se ao planejamento da pesquisa com “ênfase nos procedimentos técnicos de coleta e análise dos dados” (GIL, 2002, p.43). Com relação ao delineamento do estudo, percebe-se a predominância dos estudos primários com abordagem quantitativa, sendo 5 (55,6%) da amostra, seguido pelos estudos primário de abordagem qualitativa 4 (44,4%).

Em relação à forma de obtenção dos dados, os estudos são classificados em primários e secundários. Nos estudos primários os dados da pesquisa são coletados pelo próprio

pesquisador. Já nos estudos secundários os pesquisadores analisam os dados coletados por outros pesquisadores.

A pesquisa em fontes primárias baseia-se em documentos originais, que não foram utilizados em nenhum estudo ou pesquisa, ou seja, foram coletados pela primeira vez pelo pesquisador para a solução do problema, podendo ser coletados mediante entrevistas, questionários e observação (ANDRADE, 1993).

Os dados primários são aqueles que não foram antes coletados, estando ainda em posse dos pesquisados, e que são coletados com o propósito de atender às necessidades específicas da pesquisa em andamento (MATTAR, 2005).

Para Moreira (2002) a abordagem quantitativa “envolve tipicamente mensurações precisas, controle rígido de variáveis [...] e análise estatística. Tendem a focar na análise (examinar as partes dos componentes de um fenômeno) [...]”. Ainda sobre a abordagem quantitativa Fonseca (2002) esclarece que

Diferente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. [...]. A pesquisa quantitativa recorre a linguagem matemática para descrever as causas de fenômeno, as relações entre variáveis, etc. [...] (p.20).

Segundo Demo (2005) e Minayo (2004), a abordagem qualitativa refere-se a métodos de análise de qualidade, onde são necessárias atitudes fundamentais como a capacidade de observação e de interação entre o grupo de investigadores e os membros envolvidos no objeto de avaliação. Esta investigação requer a participação dos sujeitos de estudo, manifestando suas opiniões e experiências. A abordagem qualitativa “[...] fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc.” (LAKATO, MARCONI, 2009, p.269).

Entretanto, estudos com abordagem qualitativa apresentam limitações como nos Estudos de Caso, onde os dados obtidos servem como base para formulação de hipótese para futuros estudos. O estudo apresenta como vantagens a facilidade na execução, o baixo custo e a rapidez na obtenção dos resultados. Entretanto o fato de não poder estabelecer nenhuma relação de causa e efeito entre o fator de estudo e o desfecho clínico é sua principal desvantagem (REIS, CICONELLI e FALOPPA, 2002).

Nos Estudos transversais a análise dos dados ocorre em um único momento, não existindo, portanto, um período para seguimento dos indivíduos. São apropriados para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição. Os estudos transversais podem, também, ser utilizados para

descrever associações entre variáveis (PEREIRA, 2003).

Uma das desvantagens dos Estudos transversais é a restrição das informações produzidas. Outra desvantagem está relacionada com a impossibilidade de estabelecer relações causais seguras entre a exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento da doença (PEREIRA, 2003).

Em comparação com os Estudos transversais, os Estudos longitudinais são mais demorados e mais caros, porém melhores para testar hipóteses que impliquem relações causais entre as variáveis do estudo (Lo BIONDO-WOOD; HABER, 2001). Além das desvantagens como custo elevado, maior tempo de realização, apresentam também a possibilidade de perda dos participantes, possibilidade de familiarização dos participantes com os testes e conseqüentemente mudança no comportamento. Quanto ao período de coleta dos dados, os estudos podem ser classificados em prospectivos e retrospectivos.

Nos retrospectivos os dados coletados sobre exposição ou doença têm sua ocorrência no passado e os prospectivos essas informações diz respeito a exposições ou doenças que ocorrem no presente ou que ocorrerão no futuro durante o período de acompanhamento dos indivíduos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Assim como é fundamental conhecer o delineamento da pesquisa, já que faz-se necessário avaliar a qualidade do estudo à luz da metodologia, torna-se também importante o nível da evidencia apresentada nos mesmos. O Quadro abaixo apresenta o nível de evidência apresentada nas amostras selecionadas.

QUADRO 4
Distribuição dos artigos segundo nível de evidência e ano de publicação

Autor	Ano	Nível de Evidência
OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO	2012	IV
SILVA; LUZ; CECCHETTO	2011	IV
COELHO et al	2009	VI
COELHO	2009	IV
STRAZZA et al	2007	VI
SÁNCHEZ et al	2007	VI
ROSINSKI et al	2006	IV
MIRANDA; MERÇON-DE-VARGAS; VIANA	2004	VI
OLIVEIRA; CARDOSO	2004	VI

Observa-se que o maior número de publicações ocorre nos anos de 2009, 2007 e 2004 com 2 (22,1%) das publicações, sendo os demais anos representados com apenas 1 estudo em cada ano, respectivamente 2012, 2011, 2006 com 1 (11,1%) publicação cada.

Cabe salientar que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi instituído em Setembro de 2003 e já o ano seguinte contempla 2 publicações. O intervalo

entre as publicações mostra a iniciativa de publicações sobre a temática.

A presente amostra em relação ao nível de evidência conta com 5 (55,6%) de estudos com nível VI e 4 (44,4%) com estudos com nível IV, demonstrando que em todos os estudos selecionados para compor a presente RI, o nível de evidência se mostrou fraco.

Para Bernardo (2011) o nível de evidência deve ser abordado sobre duas visões. A primeira refere-se quanto às consequências à tomada de decisão clínica e a segunda frente à avaliação da qualidade do publicador. Em relação ao nível de evidência Camanho (2009, p.1) acredita que “há uma tendência a considerar que esses níveis podem ser utilizados para classificar os trabalhos científicos em melhores ou piores”. O autor conclui seu pensamento dizendo que os níveis de evidência “são mais uma ferramenta para a análise crítica dos trabalhos, sem representar um critério de qualidade”.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário tem como propósito contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais freqüentes a saúde da população que encontra-se sob sua tutela. O PNSSP prevê a cobertura de 100% da população penitenciária em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas. Busca cumprir seu propósito através de um elenco mínimo de ações no âmbito de promoção à saúde, prevenção de agravos. Para isso suas ações de atenção básica são realizadas em conformidade com a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS/MS) que são: a) O controle de tuberculose; b) Controle de hipertensão e diabetes; c) Dermatologia sanitária-hanseníase; e) Saúde bucal e f) Saúde da mulher. Procura complementar suas ações com o diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/AIDS; atenção em saúde mental e com o diagnóstico de saúde por ocasião do ingresso da pessoa presa no Sistema que contempla o aconselhamento em HIV/DST/AIDS e hepatites entre outras ações (BRASIL, 2004).

O QUADRO 5 mostra as ações/estratégias encontradas na literatura que compuseram a presente Revisão Integrativa.

QUADRO 5
Ações/estratégias desenvolvidas no Sistema Penitenciário

Autor	Ação/estratégia
OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO (2012)	Controle de tuberculose
SILVA; LUZ; CECCHETTO (2011)	Saúde da mulher
COELHO et al (2009)	Ações complementares
COELHO (2009)	Ações complementares
STRAZZA et al (2007)	Ações complementares
SÁNCHEZ et al (2007)	Controle de tuberculose
ROSINSKI et al (2006)	Saúde da mulher
MIRANDA; MERÇON-DE-VARGAS; VIANA (2004)	Saúde da mulher
OLIVEIRA; CARDOSO (2004)	Controle de tuberculose

Observa-se que as ações de controle de tuberculose e as de saúde da mulher aparecem com maior destaque na literatura sobre o sistema penitenciário com 3 (33,3%) amostras selecionadas para cada ação, seguidas das ações de diagnóstico de saúde 2 (22,3%) da amostra e saúde mental com 1(11,1%) artigo selecionado.

6.1 Controle de Tuberculose

A tuberculose (TB) é um problema prioritário de saúde no Brasil. A doença atinge todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15-54 anos) e do sexo masculino (BRASIL, 2010). A tuberculose constitui, em várias partes do mundo, um importante problema de saúde nas prisões, inclusive nos países onde é baixa a endemicidade na população livre (CHAVES et al. 1997; CDC, 2002). No Brasil a população carcerária é de 473.626 pessoas já a população nacional masculina corresponde a 442.225 pessoas, o que ajuda a explicar a alta incidência da tuberculose nas unidades prisionais de todo o país (DEPEN, 2009). Os riscos de adoecimento por TB na população privada de liberdade são os mesmos da população geral, acrescidos dos riscos da vida em confinamento, decorrentes da estrutura física das prisões sem ventilação adequada e com celas superlotadas, além da movimentação dos detentos dentro e fora das prisões (CDC, 2012).

Em relação ao controle da TB o PNSSP apresenta as seguintes metas: implantação de ações de controle em 100% das Unidades Prisionais (UP); diagnóstico de 100% dos casos existentes; e cura de 85% dos casos novos descobertos. A detecção de casos é realizada a partir do atendimento a livre demanda da pessoa privada de liberdade e através da busca ativa, essa devendo ocorrer no ingresso do detento ao sistema penitenciário. O Ministério da Saúde recomenda que o tratamento da TB durante o período de cárcere seja diretamente supervisionado pelo profissional de saúde, e consulta mensal e baciloscopia nos segundo, quarto e sexto meses de tratamento, aferição de peso e aconselhamento visando a adesão ao tratamento (BRASIL, 2004).

Em seu estudo sobre tuberculose Oliveira e Cardoso (2004) buscaram descrever a situação da doença nas prisões, sua pesquisa teve como cenário quatro presídios da cidade de Campinas – São Paulo. Foi realizado um estudo retrospectivo dos casos notificados de tuberculose no período de 1993 a 2000. Foram avaliados dados de 4293 detentos. As autoras concluíram que a incidência intermediária da tuberculose pode estar relacionada a subnotificação. Sinaliza que o abandono do tratamento é fator que facilita a propagação de micobactérias resistentes na comunidade. As autoras concluem o tema afirmando que “o

controle da tuberculose nas prisões deveria ser parte rotineira das intervenções direcionadas a eliminar a doença na comunidade e a prevenir a resistência às drogas antituberculose” (OLIVEIRA e CARDOSO, 2004).

Em estudo mais recente Oliveira, Natal e Camacho (2012) avaliaram o Programa de Controle de Tuberculose (PCT) em quatro unidades prisionais de dois estados brasileiros. O estudo aponta para a dificuldade em atender as recomendações do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e o exame radiológico. Segundo Ministério da saúde o TDO é fator essencial para promover o real e efetivo controle da tuberculose. O Tratamento Diretamente Observado visa o aumento da adesão dos pacientes, maior descoberta das fontes de infecção e o aumento da cura (BRASIL, 2010).

Para os autores as metas do PCT no sistema penitenciário são semelhantes as proposta para a população em geral, mas alerta que algumas são pouco realistas como a meta de detecção de 100% dos casos de TB no sistema prisional e a recomendação de exame radiológico para todos os ingressos (OLIVEIRA, NATAL e CAMACHO, 2012).

Outro estudo realizado no Sistema Penitenciário sobre a tuberculose aponta a gravidade da situação da doença nas prisões do Rio de Janeiro (SÁNCHEZ et al, 2007). Para os autores embora os profissionais de saúde vinculados ao sistema carcerário considerem que a tuberculose é um grande problema entre os detentos, a magnitude do problema é pouco conhecida (SÁNCHEZ et al, 2007).

Pode-se imaginar que o controle da tuberculose nas UP é simples uma vez que o publico alvo vive em ambiente restrito, dispõe do serviço de saúde, os sintomas são facilmente identificáveis, o diagnóstico é simples, o tratamento pouco custoso. Porém Sánchez et al (2006) aponta alguns obstáculos como a falta de recursos, a inadaptação dos serviços de saúde e a dificuldade de acesso decorrente da priorização pelas autoridades penitenciárias, da segurança em detrimento da saúde.

Ao abordar o controle da tuberculose nas prisões no Brasil, Oliveira, Natal e Camacho (2012) diz que “o desenvolvimento de pesquisas na área de saúde penitenciária pode ser visto como vantajoso [...] considerando o ambiente e os sujeitos [...]. Somado a isso, o apoio e a permissão dos participantes para o desenvolvimento da pesquisa.” Corroborando com esse pensamento Sánchez et al (2007) relata que “os inquéritos realizados foram bem aceitos pelos detentos em geral,[...]”

Para os gestores do sistema penitenciário as preocupações que envolvem os estudos realizados dentro das unidades são em relação a segurança, interferência nas rotinas das prisões, divulgação de informações e demandas adicionais à equipe. Devido a essas questões

um dos desafios é o de evitar o prolongamento do tempo entre coleta e análise dos dados, para que os resultados sejam disponibilizados em tempo útil para a gestão (OLIVEIRA, NATAL e CAMACHO, 2012). Fato também observado por Sánchez, Diuana e Larouzé (2010) “os projetos de pesquisas que vêm sendo desenvolvidos nesse campo, fornecem bases científicas e técnicas às instâncias decisórias.”

A saúde ainda é considerada uma concessão da administração penitenciária e não um direito. A tuberculose continuará sendo uma fatalidade nas prisões brasileiras enquanto os detentos não se tornarem os atores centrais de saúde (SÁNCHEZ et al. 2006).

Diante do exposto, observa-se que na realidade ao qual estou inserida, enquanto integrante da equipe multiprofissional do sistema penitenciário, não está aquém das fragilidades apresentadas pelos autores outrora citados; logo as ações prendem-se à segurança e as rotinas do estabelecimento. Contudo, as ações de controle de tuberculose são desenvolvidas de forma preventiva, com palestras e o uso de material de apoio (cartazes, folhetos); ademais, as buscas pelos casos assintomáticos ocorrem cotidianamente nas avaliações quando o detento ingressa na unidade prisional, e nas consultas de acompanhamento clínico e de livre demanda.

6.2 Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, de forma limitada, contemplava às demandas relativas à gravidez e ao parto. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O PAISM apresenta como algumas de suas diretrizes o seguinte:

- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.
- As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados (BRASIL, 2009, p.64-65).

O mesmo documento tem como um de seus objetivos promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras através do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou a necessidade de articulação com outras áreas técnicas, entre elas ações que contemplassem as mulheres presidiárias (BRASIL, 2009).

Segundo dados do DEPEN (2009) há no Sistema Penitenciário 31.401 mulheres cumprindo pena. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário ao contemplar a saúde da Mulher prevê ações como a realização de pré-natal, o controle do câncer cérvico-uterino e de mama. Pode-se destacar as seguintes metas:

- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama;
- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para diagnóstico e tratamento das DST/AIDS;
- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, da assistência à anticoncepção;
- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco no primeiro ano do Plano;
- Implantação da assistência ao puerpério em 100% das unidades penitenciárias;
- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações educativas sobre pré-natal, parto, puerpério, anticoncepção, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, e doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2009, p.33).

As mulheres encarceradas compõem uma população de risco para infecções crônicas, já que apresentam com frequência comportamento de risco que incluem atividades relacionadas ao uso de drogas e a troca de sexo por dinheiro (FOGEL, 1999 apud MIRANDA, MERÇON-DE-VARGAS e VIANA, 2004).

Sobre o comportamento de risco, a literatura tem mostrado que a atividade sexual (hetero e homossexual) que ocorrem habitualmente durante o período de cárcere é suficiente para dar sustentação à transmissão sexual do HIV e de outras DST (MIRANDA et al, 2000).

Ao realizar um estudo descritivo sobre a saúde sexual e reprodutiva feminina de 121 detentas de uma penitenciária do Espírito Santo através de entrevista seguida de exame clínico-ginecológico, Miranda, Merçon-de-Vargas e Viana (2012) constataram que a idade média da primeira relação sexual foi aos 15,2 anos. A maioria das entrevistadas não adotava nenhum método contraceptivo e nem fazia uso de preservativo. Outro dado importante revelado foi que 28% das mulheres entrevistadas apresentavam história de doença sexualmente transmissível (DST) e citologia cervical anormal em 26,9% das mulheres.

Outra abordagem sobre a saúde da mulher é apresentada por Rosinski et al (2005), que realizou um estudo com 12 mulheres gestantes e/ou puérperas em uma Unidade Prisional Feminina de Santa Catarina entre os meses de agosto e outubro de 2005. O Estudo teve como objetivo desenvolver uma prática de cuidado direcionada a essa parcela da população feminina privada de sua liberdade. As autoras buscaram desenvolver uma prática de cuidado reflexivo junto a mulheres que vivenciaram o processo de nascimento em um regime de privação de liberdade, uma população que de certa forma está a margem do sistema oficial de saúde.

Em um estudo parecido Silva, Luz e Cecchetto (2011), buscou conhecer as vivências da maternidade e as condições de saúde infantil no Sistema Prisional em uma Unidade Feminina do Rio Grande do Sul. Foram sujeitos da pesquisa 8 mulheres. Para os autores a uma necessidade de discutir a saúde materno – infantil no Sistema Penitenciário brasileiro.

A execução do PNSSP é considerada um avanço para a saúde no sistema penitenciário, entretanto a condição de saúde das mulheres privadas de liberdade ainda é pouco conhecida, particularmente no período grávido-puerperal. Cabe salientar que a Lei N° 11.942 de 28 de maio de 2009 assegura as mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência.

6.3 Ações Complementares

As ações complementares que são descritas no PNSSP prevê ações como o diagnóstico, aconselhamento tratamento em DST/HIV/AIDS; ações que contemplem a saúde mental e o diagnóstico de saúde por ocasião do ingresso da pessoa presa no Sistema.

Entre as ações de diagnóstico de saúde pode-se destacar o aconselhamento em

HIV/DST/AIDS e hepatites e a imunização contra hepatite B.

Ao estudar a infecção pelo HIV e HCV em uma prisão-modelo feminina do Estado de São Paulo, Strazza et al (2007), incluíram no estudo 299 mulheres (tanto as que já se encontravam presas ou que estivessem chegando ao presídio no período, que compreendeu os meses de agosto a outubro de 2000). As informações foram obtidas através de coleta de sangue para diagnóstico e aplicação de questionário que era composto por questões que enfocavam os dados pessoais, práticas sexuais, conhecimentos sobre DST e uso de drogas ilícitas, sendo a coleta e o questionário realizados no mesmo dia.

O estudo demonstrou que a prevalência de infecção para o HIV era de 13,9% e o HCV 16,2% no grupo avaliado. A idade média foi de 31 anos. Ao avaliar os aspectos relacionados às atividades de risco do grupo (uso de droga e prática sexual), o uso do álcool foi referido por 64% das entrevistadas, o consumo de maconha foi apresentado por 61% das detentas e o uso de draga injetável foi referido por 9% sendo que desse último grupo referido 44% referiam o compartilhamento de seringas e agulhas com outra pessoa.

Outro dado importante revelado sobre a prática sexual foi o não uso do preservativo sendo referido por 60% das entrevistas. A relação sexual desprotegida foi observada tanto nas relações heterossexuais como homossexuais, dentro ou fora das prisões.

Os autores apontam que este tipo de abordagem epidemiológica apresenta limitações por não permitir estabelecer relação temporal entre causa e efeito e por inúmeros vieses como o de seleção e de informação, fato potencializado pelo próprio ambiente prisional. Porém são adequados para o diagnóstico de situação de saúde trazendo informações acerca da realidade local (STRAZZA et al 2007).

A população prisional é considerada como de alto risco para diferentes infecções, como tuberculose, Aids, hepatite B, hepatite C e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (MASSAD, 1997). A hepatite B no sistema carcerário tem sido objeto de estudo em vários países no mundo como na Inglaterra, Itália, França, Gana. No Brasil são poucos os estudos publicados e revelam valores contrastantes (WEILD et al 2000; CHIARAMONTE et al 1982; ROTILY et al 1997; MARTELLI et al 1990; JABUR et al 1991 apud COELHO et al 2009).

O estudo de Coelho et al (2009) buscou estimar a prevalência do marcador do vírus da hepatite B e seus fatores de risco. O estudo foi realizado em uma Penitenciária masculina do Estado de São Paulo, foram sujeitos da pesquisa 333 internos, que responderam a um questionário e coletaram amostra sanguínea entre os meses de maio a agosto de 2003.

Os pesquisadores consideram como infecção atual ou progressiva pelo vírus da hepatite B os participantes que apresentaram os seguintes resultados: HBsAg e anti HBc total;

anti-HBc total e anti-HBs; HBsAg isolado ou anti-HBc total isolado. Foram encontrados 65 presos com positividade a um ou mais marcadores.

Com relação aos fatores de risco os autores também relataram a presença das relações sexuais desprotegidas durante a visita íntima e alertam para o fato de ser realizado tatuagens dentro das instituições penais, uma vez que ocorre a utilização de aparelhos e objetos com baixo nível de higiene. O estudo chama a atenção para a raridade de estudos epidemiológicos voltados a essa população no Brasil e que mesmo diante dos avanços na profilaxia como a disponibilidade de vacina de alta eficácia e baixo custo, a hepatite B continua sendo um problema relevante no sistema penitenciário brasileiro.

Nos últimos anos as DSTs readquiriram importância como problemas de saúde pública. O Ministério da Saúde aponta como fatos negativos para o enfrentamento das DSTs os escassos dados epidemiológico, a discriminação sofrida pelos portadores, a pouca acessibilidade aos serviços da população prioritária, o atendimento inadequado, a irregularidade na distribuição de medicamentos (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica é o ponto de partida para assistência integral à saúde e, por isso, deve estar apta para receber os usuários portadores de DST/Aids, garantindo a promoção à saúde com respeito e confiança, considerando a individualidade de cada pessoa (BRASIL, 2006).

O manejo das DSTs no que diz respeito a ações de promoção da saúde e prevenção exige diferentes formas de níveis de atuação e profissionais capacitados, pelas dificuldades existentes não somente na patologia em si, mas na questão cultural e social, entrelaçadas de simbolismos (BRASIL, 2006).

A abordagem ao portador de DST tem algumas particularidades. Ela visa a interromper a cadeia de transmissão de forma mais efetiva e imediata possível, buscando evitar as complicações advindas das DST e a cessação imediata dos sintomas. Através da abordagem sindrômica, o profissional de saúde pode utilizar os fluxogramas, tornando possível a assistência aos portadores de DST no serviço de saúde ofertando a orientação, aconselhamento, disponibilizando testes para sífilis, hepatites, HIV e o tratamento já na primeira abordagem (BRASIL, 2006).

As principais características da abordagem sindrômica incluem a classificação dos principais agentes etiológicos; utilização dos fluxogramas para identificar as causas de uma determinada síndrome; indicar o tratamento; incluir a atenção dos parceiros; incluir oferta da sorologia para sífilis, hepatites e HIV (BRASIL, 2006).

As ações de prevenção quando realizadas pelos profissionais da atenção básica,

impactam na prevenção e controle dessas doenças, uma vez que esses profissionais de saúde promovem maior acesso e adesão das pessoas aos serviços e aos insumos de prevenção, possibilitando o diagnóstico precoce e acompanhamento adequado dos casos (BRASIL, 2006).

A equipe multiprofissional do sistema penitenciário segue os protocolos de atuação recomendados como o fluxograma da abordagem sindrômica para controle das DST. De forma semelhante ao controle da tuberculose são desenvolvidas ações preventivas com utilização de material de apoio. O enfermeiro enquanto integrante da equipe multiprofissional atuante na atenção básica, mediante protocolo pactuado disponibiliza a oferta de testes para sífilis, hepatites, HIV. Estes sendo ofertados cotidianamente nas avaliações iniciais quando o detento ingressa na unidade prisional, e nas consultas de acompanhamento clínico e de livre demanda.

6.3.1 Saúde Mental

A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição oficial de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a saúde mental é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. Garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece.

Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é

buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

O Governo brasileiro tem entre seus objetivos incluir as ações da saúde mental na atenção básica e garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário.

O PNSSP tem como objetivos para a assistência em saúde mental ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento e atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

Segundo dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias/InfoPen em dezembro de 2009 haviam 4000 pessoas em medida de segurança nos 32 Hospitais de Custódia de Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Deve-se atentar para o fato que o InfoPen é um sistema de informação do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN-MJ), em fase de aperfeiçoamento desde o ano de sua criação em 2004, de modo que não oferece dados precisos (SILVA,2010).

Ao estudar as Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores de uma UP no estado da Bahia, Coelho (2009) através de entrevista a partir de um roteiro semi-estruturado identificou que na perspectiva dos entrevistados a normalidade e a saúde mental estão associadas aos comportamentos apontados como normais e saudáveis de acordo com a literatura. O autor destaca que como relevante a forma como os entrevistados abordam a violência criminal, os mesmos consideram a violência como características de uma normalidade ou doença, não considerando que são anormais ou violentos por terem cometido um delito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da presente revisão mostrou que desde sua implantação o Plano Nacional de Saúde buscou cumprir com o proposto para a realização da atenção integral da saúde para as pessoas privadas de liberdade.

Foi possível identificar na literatura ações desenvolvidas tanto nas Unidades Penais masculinas quanto nas femininas. De forma geral as linhas de atendimento estão voltadas para o Controle da Tuberculose, Atenção a Saúde da Mulher e Atenção a Saúde Mental. Embora já tenha decorrido mais de 10 anos da criação do PNSSP não foi possível incluir na revisão estudos sobre a Hanseníase; Hipertensão e diabetes; Saúde Bucal e Imunização para essa população, o que demonstra possíveis lacunas no conhecimento sobre a temática do Sistema Prisional.

Cabe ressaltar que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi uma estratégia governamental para organizar o acesso das pessoas privadas de liberdade às ações e serviços de saúde, contemplando uma parcela da população carcerária, aquela já julgada e condenada. O plano foi criado tendo em vista a alta indecência de doenças infectocontagiosas entre essa população reclusa em estabelecimentos, na maioria das vezes superlotados e insalubres.

Vale esclarecer que trata-se de um Plano e não uma Política, e que esse não contempla todas as pessoas privadas de liberdade (existe os presos provisórios, aqueles que aguardam o julgamento ou a decisão médica pericial onde determina a condição legal para responder pelos atos cometidos) e não é auto suficiente, só ocorrendo por adesão dos estados. Sendo assim, o estado é que opta por organizar as ações e serviços de saúde de suas penitenciárias com base na lógica do Sistema Único de Saúde.

Mesmo o estado que aderir ao Plano e recebendo incentivo financeiro para o custeio das ações das equipes de saúde no Sistema Penitenciário, ele precisa manter o local em que a equipe vai atender em condições de salubridade adequadas, bem como delimitar onde a pessoa reclusa vai ser atendida quando for necessário o encaminhamento para outros níveis de atenção.

O fato que chama atenção no presente estudo é que embora o Estado de Minas Gerais tenha aderido ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e segundo dados oficiais têm em sua tutela 46.447 pessoas em 98 estabelecimentos penais não teve nenhum artigo incorporado na revisão, sendo o único estado da região sudeste do país que não foi contemplado na pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Maria Margarida. *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Atlas, 1993.
- BASTOS, M. A. R. Módulo 7 – Investigando questões da educação na área da saúde. In: **Material Didático do Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.
- BERNARDO, W. M. Importância da análise dos níveis de evidência publicados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 1, fev. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302011000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 nov. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica, limites e potencialidades para prevenção e assistência das DST/AIDS**. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário Temático Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica/ Secretaria de Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1984.
- 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, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 set. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009: dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984- Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/111942.htm. Acesso em: 03 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ms, 2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Guia de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**. Manual de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM n. 648, 28 de Março 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. . Política Nacional de Atenção Básica .Portaria GM nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, n.18, 2006a. 196p. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/telessaude/?where=MS>>. Acesso em: 04 dez. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em :http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

BRASIL. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mai. 2009.

CAMANHO, G. L. Editorial: nível de evidência. **Rev. bras. ortop.**, São Paulo, v. 44, n. 6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162009000600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 nov. 2013.

Centers for Disease Control and Prevention. Rapid assessment of tuberculosis in a large prison system – Botswana, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52:250-2.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: recommendations from CDC. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1.htm>. Acesso em 5 de janeiro de 2014

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Evaluation briefs, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief3b.pdf>. Acesso em 5 de janeiro de 2014.

COELHO, Harnoldo Colares et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. **Re. Bras Epidemiol**, v. 12, n. 2, p.124-131, 2009.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.567-575, 2009.

CONASS. **Atenção Primária e promoção da saúde**. Brasília: Copyright, 2011.

CHAVES F. et al. A longitudinal study of transmission of tuberculosis in a large prison population. *Am J Respir Critic Care Med* 1997; 155:719-25.

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. 8. ed. São Paulo: Autores Associados, 2005.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.C. A busca das melhores evidências. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.37, n.4, p.43-50, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p.269.

Lo BIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação clínica e utilização**. 4.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MATTAR, Fauze Najib. Pesquisa de marketing: volume 1 : metodologia, planejamento. 6. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2005.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707200800400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de agosto de 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **DEPEN/Departamento Penitenciário Nacional**: Sistema Penitenciário no Brasil Dados Consolidados. Brasília: Ministério da Justiça, 2008. 56 p. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BD574E9CE-3C7D-437A-A5B622166AD2E896%7D¶ms=itemID=%7BC37B2AE94C6840068B1624D28407509C%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347BE11A26F70F4CB26%7D>>. Acesso em: 09 set. 2013.

MIRANDA, A. E., et al. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. **Sex Trans Dis** 2000; 27: 491-5.

MIRANDA, Angélica Espinosa; MERÇON-DE-VARGAS, Paulo Roberto; VIANA, Maria Carmen. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2004; 38(2): 255-60.

MOREIRA, Herivelto. As Perspectivas da Pesquisa Qualitativa para as Políticas Públicas em Educação. In: **Revista Ensaio**. Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio, nº 35, abril/junho de 2002. P.235.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.42, n.4, p.643-648. 2008.

OLIVEIRA, H. B.; CARDOSO, J.C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. 2004; 15(3): 194-9.

OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra de; NATAL, Sonia; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.250-257, 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública** 2006; 40(N Esp): 73-8.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 35, p.103-109, jan. 2001.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REIS, F. B. dos; CICONELLI, R. M.; FALOPPA, F. Pesquisa científica: a importância da metodologia. **Rev. Bras. Ortp.**, v.37, n.3, mar. 2002.

ROSINSKI, Talita Cristine et al. Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p.212-219, 2006.

ROUQUAYROL, M. Z. ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saude**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SÁNCHEZ, Alexandra Roma et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.545-552, mar. 2007.

SÁNCHEZ, Alexandra Roma et al. A tuberculose nas prisões: uma fatalidade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p.2510-2511, dez. 2006.

SÁNCHEZ, Alexandra Roma; DIUANA, Vilma; LAROUZÉ, Bernad. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p.850-851, maio 2010.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto - Sp, v. 3, n. 15, p.1-4, maio 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, Martinho Braga Batista e. As pessoas em medidas de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 20, n. 1, p.95-105, 2010.

SILVA, Eveline Franco da; LUZ, Anna Maria Hecker; CECCHETTO, Fátima Helena. Maternidade atrás das grades. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p.33-37, 2011.

SOUSA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-06, 2010.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization - focused integrative reviews in nursing service. **Appl. Nurs. Res.**, v. 11, n. 4, p. 195-06, nov. 1998.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de Saúde, Serviço e Tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

STRAZZA, Leila et al. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.197-205, jan. 2007.

APÊNDICE

1 – Título do Artigo

2 – Formação do (s) autor (es)

3 – Procedência do estudo (Estado da Federação)

4 – Base de dados

Medline LILACS

5 - Periódico

6 – Ano de Publicação _____

7 – Nível de Evidência

I II III IV V VI

8 – Tipo de estudo

9 – Ação/Estratégia abordada
