

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Lilian do Nascimento

HIV/aids, hepatites B e C e sífilis: prevalência e fatores associados à ocorrência dessas
infecções em uma população feminina privada de liberdade

Juiz de Fora

2023

Lílian do Nascimento

HIV/aids, hepatites B e C e sífilis: prevalência e fatores associados à ocorrência dessas infecções em uma população feminina privada de liberdade

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Processo Saúde-Adoecimento e seus determinantes.

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nascimento, Lílian do.

HIV/aids, hepatites B e C e sífilis : prevalência e fatores associados à ocorrência dessas infecções em uma população feminina privada de liberdade / Lílian do Nascimento. -- 2023. 184 f. : il.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Coorientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. População Privada de Liberdade. 2. Mulheres. 3. Vulnerabilidade em Saúde. 4. Estudos Transversais. 5. Infecções Sexualmente Transmissíveis. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Leite, Isabel Cristina Gonçalves, coorient. III. Título.

Lílian do Nascimento

HIV/aids, hepatites B e C e sífilis: prevalência e fatores associados à ocorrência destas infecções em uma população feminina privada de liberdade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 30 de junho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Gírlene Alves da Silva - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio
Universidade Federal do Piauí

Prof.^a Dra. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Danielle Teles da Cruz

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Marcos de Assis Moura

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Angélica da Conceição Oliveira Coelho

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Beatriz Santana Caçador

Universidade Federal de Viçosa

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Adão Schiavon

Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Juiz de Fora, 23/06/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Teles da Cruz, Professor(a)**, em 30/06/2023, às 18:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Girlene Alves da Silva, Professor(a)**, em 30/06/2023, às 18:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Gonçalves Leite, Professor(a)**, em 01/07/2023, às 16:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA, Usuário Externo**, em 03/07/2023, às 14:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zuleyce Maria Lessa Pacheco, Professor(a)**, em 05/07/2023, às 14:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **KELSEN DANTAS EULÁLIO, Usuário Externo**, em 14/08/2023, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1337693** e o código CRC **2A4D2A98**.

Agradeço a Deus.

À minha mãe, que me inspira e fortalece.

Ao meu filho, João Pedro, que me escolheu
como mãe e me possibilitou gestar sua vida
nestes últimos meses de escrita, deixando mais
doce e suave esse processo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por renovar diariamente minhas forças, por ter me dado paciência, saúde e resiliência para prosseguir na superação dos desafios, que muitas vezes encontramos na realização desta pesquisa. Suas bênçãos diárias me fizeram seguir em frente até a etapa final.

Aos meus queridos pais, que caminham comigo ao longo da trajetória acadêmica e de vida. Seus esforços me fizeram valorizar cada vez mais a educação e a importância desta nas mudanças ocorridas em minha vida.

De modo especial, agradeço à minha querida mãe, Lúcia, meu porto seguro, o constante incentivo, conselhos e exemplo de luta diários, sempre encorajadores a chegar até a etapa final deste trabalho, seguindo meus princípios e lutando pelos meus sonhos. Agradeço seu amor incondicional e cuidados comigo em toda minha caminhada de estudos e especialmente nestes últimos meses, cuidando de mim e da minha gestação com o João para que eu pudesse focar ainda mais o término desta etapa. Sem ela, nada teria sido possível.

Ao Marcello, meu noivo, amigo e companheiro de vida, por compreender minhas ausências, e ainda sim, procurando estar em todos os momentos comigo, apoiando-me e incentivando-me. Agradeço o carinho, a paciência e amor constantes durante todo o processo de construção desta tese.

A todos os amigos e familiares que souberam compreender minha ausência, e que, apesar desta, mantêm-se de braços abertos, incentivando minha conquista.

À professora Girlene, minha orientadora, por ter abraçado nossa ideia de pesquisa, até mesmo em momentos que quase pensávamos em desistir de entrar no sistema prisional, uma vez que as dificuldades e a pandemia, em vários momentos, fizeram-nos repensar se seria possível. Agradeço por ter acreditado e confiado em mim no seguimento deste projeto, os ensinamentos durante o doutorado e por me inspirar no estudo das infecções transmissíveis. Sua força e representatividade são uma referência. Obrigada por oportunizar ao meu olhar de profissional de saúde e docente a pesquisa de certas temáticas que eu precisava conhecer e aprofundar. Encontrei-me ao longo destes anos saindo da minha zona de conforto e descobri o quanto o estudo da saúde coletiva requer coragem e dedicação.

À professora Isabel, minha coorientadora, sua presença e apoio nestes anos foram fundamentais. Eu a admiro muito como pessoa, profissional e docente, pelo exemplo, ética, inteligência e sabedoria e agradeço imensamente a paciência com minhas limitações e por partilhar tanto conhecimento comigo. Lembro-me sempre com carinho de sua atenção ao me ensinar e falar: “Olha, isso é importante para sua pesquisa e para você ensinar aos seus alunos”.

Sua condução neste trabalho demonstra um profissionalismo e generosidade imensos, que me dão certeza sobre o quanto fui privilegiada em tê-la como coorientadora para realização desta tese.

Agradeço também às minhas professoras de formação da disciplina de Saúde da Mulher da UFJF, das quais tive a honra de ser aluna e, depois de alguns anos, trabalhei junto com elas como professora substituta. Foram e sempre serão uma referência a minha paixão para as temáticas da saúde da mulher. De modo especial e afetuoso, neste momento, não tenho como esquecer a minha querida professora Betânia (*in memoriam*), sempre uma referência, a Dora, a Inês, a Zu, aqui presente, e a Érika, que sobressaíram a professoras e hoje as considero amigas incentivadoras nos caminhos que fui trilhando até chegar na escrita desta tese.

A Érika, de modo especial, conheci mais tarde, mas foi essencial ao me proporcionar uma aproximação com a temática da tuberculose e populações em situação de vulnerabilidade através do AvaliaTB. Agradeço a partilha, a amizade e o carinho.

À Profa. Iêda, minha orientadora no mestrado e na graduação, a qual levo em meu coração com muito carinho e amizade, pelo incentivo inicial e a oportunidade de ter sido sua bolsista em projetos de pesquisa e extensão na formação universitária. A iniciação científica e o engajamento em ações comunitárias em saúde balizaram, sem dúvida, o meu maior interesse pela pesquisa e pela docência.

Às parceiras de caminhada e amigas Denicy e Luiza, agradeço a amizade e por partilharem comigo sua vivência com populações vulneráveis, dividimos lutas, desafios, angústias e alegrias ao longo desta pesquisa.

Aos amigos e colegas de turma por partilharem momentos e experiências em aulas, trabalhos e percurso durante estes anos de doutorado, os quais levarei em meu coração com muito carinho. Foi maravilhosa essa partilha sobre saúde coletiva com vocês! Os lanches saborosos que promovíamos nos intervalos das aulas deixavam nossas discussões e aprendizados sobre temas variados cada vez mais prazerosos nesses momentos. Nossas aulas alimentavam o conhecimento e a alma. De modo especial, aos amigos Franciane, Luiz, Camila, Karime, que foram colegas mais próximos nos primeiros anos e alguns se mantiveram até esta etapa final.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFJF agradeço a oportunidade do doutorado e de aprendizados, a concretização da aprovação e o desenvolvimento da pesquisa ao longo destes anos. Agradeço a Elisângela e a Patrícia todo o carinho e a atenção. E, de modo especial, a todos os professores os ensinamentos, a dedicação e o compromisso conosco.

À Universidade Federal de Juiz de Fora por minha formação profissional e por ser cenário de incentivo e desenvolvimento a pesquisas e difusão do conhecimento. Agradeço a honra de ter sido aluna dessa instituição e por haver retornado para realização e conclusão do doutorado.

Ao Instituto Federal de Educação por ter feito parte da minha formação como aluna e atualmente é minha instituição de atuação docente. Agradeço, de modo especial, ao campus São João del-Rei, a oportunidade de capacitar-me, dando-me a possibilidade de apoio financeiro e afastamento em determinados períodos de minha atividade docente para conclusão da pesquisa.

Agradeço ainda a todos os colegas professores do colegiado do curso de Enfermagem do campus São João del-Rei a amizade e a compreensão ao longo da trajetória deste doutorado. Precisei contar com o apoio do grupo para dedicar-me à pesquisa, estando em um cenário desafiador, no qual precisávamos formar nossos alunos, considerando as demandas necessárias de profissionais para atuar no contexto durante e após a pandemia. E agradeço também aos demais servidores colegas e aos alunos por toda a compreensão e o carinho.

À Secretaria de Saúde de Juiz de Fora pela parceria, em especial aos profissionais Dayane, Jeferson e Valéria por terem acolhido e intermediado nossa proposta na Secretaria de Estado Prisional. Agradeço, de modo especial também, a atenção e a generosidade da psicóloga Daiane e à equipe de enfermagem do CTA e SAE pelos ensinamentos práticos e abordagem pré e pós-testes, capacitando-nos e acompanhando nossas ações desde o primeiro ao último dia de abordagens no sistema. Foi fundamental poder contar com vocês!

À Secretaria de Justiça e Segurança/Administração Penitenciária pela autorização e oportunidade de realização da pesquisa, em especial à diretora Lucinda da unidade prisional José Edson Cavalieri e aos profissionais de enfermagem do núcleo de saúde, às enfermeiras Taísa e Beatriz, assim como aos técnicos em enfermagem que acolheram e compreenderam nossa proposta de pesquisa. Agradeço ainda a Gleice, responsável pelas agentes prisionais do anexo feminino Eliane Betti que, apesar dos desafios, possibilitaram nossa abordagem às mulheres privadas de liberdade. E agradeço a todos os demais servidores que fizeram possível nosso trabalho na Pjec.

Às mulheres privadas de liberdade que aceitaram participar deste estudo, dispondo atenção, relatos de suas vidas, por vezes duras e de sofrimento. E confiando em nossa proposta para realizar os testes e exames e lhes direcionar à possibilidade de tratamento. Agradeço a essas mulheres que, apesar de sua realidade em estar ali, entenderam nossa abordagem de pesquisa como uma possibilidade de atenção e cuidado a elas.

Agradeço aos membros da minha banca examinadora de qualificação e defesa por partilharem contribuições valiosas a este trabalho.

À Política Nacional de Saúde, que me inspira e motiva a pensar em uma saúde universal, efetiva e de qualidade a todos os brasileiros. Um direito constitucional conquistado em muitas lutas de movimentos sociais aos longos dos anos e que por isso ou para isso jamais poderá ser excludente, sobretudo àqueles que são julgados às margens da sociedade. AbraSUS sempre e a todos e todas!

“Pés, pra que te quero, se tenho asas para voar?” (Frida Kahlo)

Há “uma linha de continuidade entre o fora e o dentro da prisão, tanto nas condições sociais como no que afeta direta e indiretamente a saúde física e mental dos detentos, e seus familiares e até de seu entorno comunitário, além de se evidenciarem ações que poderiam contribuir para que a vida no cárcere não fosse apenas castigo, dor e perpetuação da exclusão social” (Lemgruber, Julita¹)

¹ Socióloga responsável pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania da Universidade Cândido Mendes, depoimento em referência ao livro *Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro*, organizado por: Maria Cecília de Souza Minayo e Patrícia Constantino. Editora Fiocruz: 2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/deserdados-sociais-condicoes-de-vida-e-saude-dos-presos-do-estado-do-rio-de-janeiro>.

RESUMO

Evidencia-se nos últimos anos o aumento da população feminina privada de liberdade (PPL) em diversos países, inclusive no Brasil, sendo este um dos que mais aprisionam mulheres no mundo. Trata-se de uma população sujeita à exposição às infecções transmissíveis, considerando um contexto multifatorial de vulnerabilidades, incluindo desigualdades no processo de adoecer e morrer e acesso a direitos fundamentais em relação aos homens. Objetivou-se com este estudo analisar a prevalência das infecções por HIV/aids, hepatites B e C e sífilis e fatores associados em uma PPL feminina de um município de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal, realizado com toda a PPL feminina reclusa no município entre setembro/2021 e janeiro/2022. A pesquisa ocorreu por meio de testes de rastreio, exames confirmatórios e encaminhamento ao serviço de referência do município, quando necessário. Para tratamento e análise de dados, foi utilizado o *software* SPSS versão 29.0 e realizada uma análise bivariada e multivariada de regressão linear. De um total de 206 mulheres, 171 (83%) foram rastreadas com testes rápidos imunocromatográficos, resultando em 57 (33,3%) com sorologia reagente para algumas das infecções e, posteriormente, 20,5% (n=35) confirmaram a soroprevalência. A sífilis foi a infecção mais presente, seguida de HIV/aids e, hepatite C. A hepatite B não foi encontrada. Em relação ao perfil das mulheres, a média de idade foi 32 anos e mediana de 34 anos, variando de 18 a 63 anos; 84,2% (n=48) delas se autodeclararam pretas ou pardas, 96,5% (n=55) cisgênero; 64,9% (n=37) com escolaridade até oito anos de estudo; 47,4% (n=27) são naturais da própria sede do sistema; 50,9% (n=29) solteiras/sem companheiro(a); 63,2% (n= 36) não possuíam vínculo/ocupação antes do cárcere. As variáveis significativas ao desfecho positivo para alguma das infecções na análise bivariada foram: possuir escolaridade até oito anos (OR bruta= 2,97; IC 95% 1,16-7,57; p=0,019); ser natural da própria sede do sistema (OR bruta= 4,76; IC 95% 0,99-22,49; p=0,036); compartilhar agulhas e seringas (OR bruta= 3,54; IC 95% 0,98-12,77; p=0,042); fazer uso ou já ter feito de crack (OR bruta= 5,89; IC 95% 2,87-12,08; p<0,001) e possuir histórico de violência (OR bruta= 2,97; IC 95% 1,52-5,82; p=0,001), sendo o tipo de violência física e verbal o mais significativo; além dessas, inclui-se usar medicações para tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (OR bruta= 3,42; IC 95% 2,69-4,35; p<0,001) e possuir menor tempo de encarceramento no sistema (até 11 meses) (OR bruta= 2,49; IC 95% 1,13-5,49; p=0,021). Mantiveram-se significativas, na análise ajustada multivariada, as variáveis: possuir baixos níveis de escolaridade, ser natural do município e seu entorno e ter sofrido violência nos últimos 12 meses, assim como já ser portadora de alguma infecção transmissível. Conclui-se que a

presença de infecções entre as mulheres privadas de liberdade é influenciada por questões sociais, econômicas, educacionais e, sobretudo, pela exposição das mulheres aos agravos da violência. Os achados poderiam apontar ainda caminhos para tornar mais efetivo o acompanhamento dessa população, considerando a importância de rastreio, adequado diagnóstico e tratamento com o seguimento dessas mulheres em privação de liberdade.

Palavras-chave: População Privada de Liberdade. Mulheres. Vulnerabilidade em Saúde. Estudos Transversais. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Soropositividade para HIV. Sífilis. Hepatite B. Hepatite C. Prevalência.

ABSTRACT

In recent years, there has been a noticeable increase in the female incarcerated population in various countries, including Brazil. Brazil is among the countries with the highest rates of female incarceration worldwide. This population is particularly vulnerable to communicable infections, given a multifactorial context of vulnerabilities. This includes disparities in disease onset and death rates, as well as access to fundamental rights compared to men. The aim of this study was to analyze the prevalence of infections such as HIV/AIDS, hepatitis B and C, and syphilis, and their associated factors among the female incarcerated population in a municipality in Minas Gerais, Brazil. This cross-sectional study was conducted with the entire female incarcerated population in the municipality between September 2021 and January 2022. The research involved screening tests, confirmatory tests, and referrals to the municipal reference service when necessary. Data analysis was performed using the SPSS software version 29.0, and both bivariate and multivariate linear regression analyses were conducted. Out of a total of 206 women, 171 (83%) were screened using rapid immunochromatographic tests. 57 (33.3%) tested positive for one of the infections, and subsequently, 20.5% (n=35) confirmed the seroprevalence. Syphilis was the most common infection, followed by HIV/AIDS, and hepatitis C. Hepatitis B was not detected. The average age of the women was 32, with a median of 34, ranging from 18 to 63 years. 84.2% (n=48) identified as Black or mixed-race, 96.5% (n=55) were cisgender, 64.9% (n=37) had up to eight years of education, 47.4% (n=27) were from the municipality where the prison is located, 50.9% (n=29) were single or without a partner, and 63.2% (n=36) were unemployed before incarceration. Significant variables associated with a positive outcome for any of the infections in the bivariate analysis included: having up to eight years of education, being from the municipality where the prison is located, sharing needles and syringes, using or having used crack cocaine, having a history of violence (with physical and verbal violence being the most significant), using medications for Sexually Transmitted Infections (STIs), and having a shorter incarceration period (up to 11 months). In the adjusted multivariate analysis, the significant variables remained: having a low level of education, being from the municipality and its surroundings, experiencing violence in the last 12 months, and already having a communicable infection. In conclusion, the presence of infections among incarcerated women is influenced by social, economic, educational factors, and especially by women's exposure to various forms of violence. The findings could also suggest ways to improve the monitoring of this population,

considering the importance of screening, accurate diagnosis, and treatment, along with the continued care of these incarcerated women.

Keywords: Population Deprived of Liberty. Women. Health Vulnerability. Cross-Sectional Studies. Sexually Transmitted Diseases. HIV Seropositivity. Syphilis. Hepatitis B. Hepatitis C. Prevalence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 –	Diagrama descritivo da população do estudo.....	67
Figura 1 –	Demonstração do pré e pós-teste.....	74
Quadro 1 –	Informativo dos tipos de testes utilizados no rastreio	74
Figura 2 –	Dispositivos com resultado reagente e não reagente.....	75
Quadro 2 –	Interpretação dos resultados e fluxograma de conduta para o diagnóstico	76
Fluxograma 2 –	Resultado reagente para HIV	78
Fluxograma 3 –	Portadora do HIV/aids, resultado reagente para sífilis.....	79
Fluxograma 4 –	Portadora do HIV/aids, reagente para hepatites B e C.....	80
Fluxograma 5 –	Resultado reagente para sífilis e/ou com histórico autorrelatado de ter sido portadora da infecção	81
Fluxograma 6 –	Resultado reagente para hepatite C e/ou com histórico autorrelatado de ter sido portadora da infecção	82
Diagrama 1 –	Representação das variáveis - Infecções transmissíveis no Sistema Prisional feminino	88
Fluxograma 7 –	Resultado reagente para hepatite B e/ou com histórico autorrelatado de ter sido portadora da infecção	83
Quadro 3 –	Apresentação das variáveis utilizadas no estudo e formas de coleta e análise.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de HIV/aids, sífilis e hepatites B e C na população feminina privada de liberdade, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2021/2022.....	156
Tabela 2 – Caracterização das mulheres privadas de liberdade, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022, com desfecho positivo para as infecções para HIV/aids, sífilis, hepatites B e C	157
Tabela 3 – Análise bivariada entre as características da população feminina em relação aos desfechos positivos nos testes de rastreio e exames confirmatórios para infecções HIV/aids, sífilis e hepatites B e C	162
Tabela 4 – Modelo final: análise multivariada entre as características da população feminina em relação aos desfechos positivos nos testes de rastreio para infecções HIV/aids, sífilis e hepatites B e C	167
Tabela 5 – Modelo final: análise multivariada entre as características da população feminina em relação aos desfechos positivos nos testes confirmatórios para infecções HIV/aids, sífilis e hepatites B e C	168

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSHs	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LEP	Lei de Execução Penal
LGBTQUIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Transgêneros, Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexualidade, demais orientações sexuais e identidades de gênero
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pjec	Penitenciária José Edson Cavaliere
Pnaisp	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	População Privada de Liberdade
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
Sida	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Teste Rápido
TTV	Vírus Transmitido por Transfusão
UP	Unidade Prisional

LISTA DE SÍMBOLOS

%	por cento
<	menor
=	igual
TM	Trademark (marca comercial)
®	Registro

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	22
2	INTRODUÇÃO	24
2.1	DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO.....	27
2.2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	27
2.3	HIPÓTESE	29
3	OBJETIVOS	30
3.1	OBJETIVO GERAL.....	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4	REVISITANDO O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO	31
4.1	PRISÕES: DA ORIGEM À CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO	31
4.1.1	Sistema de punições brasileiro e suas características.....	34
4.1.2	Sistema Prisional e encarceramento feminino	37
4.1.2.1	<i>Políticas voltadas às mulheres privadas de liberdade.....</i>	<i>40</i>
4.2	TRANSMISSÃO E EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES E IMPACTO SOBRE A PPL	41
4.2.1	HIV/aids	42
4.2.2	Hepatites B e C	44
4.2.3	Sífilis	48
4.3	RASTREIO E EXAMES CONFIRMATÓRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS, HEPATITES B E C E DE SÍFILIS	50
4.3.1	Rastreamento (ou screening) para HIV, sífilis e hepatites B e C	51
4.3.2	Exames complementares (diagnósticos) para HIV, sífilis e hepatites B e C	52
4.4	POLÍTICAS VOLTADAS À PPL: UMA PERSPECTIVA EM RELAÇÃO A HIV/aids, HEPATITES B E C E SÍFILIS.....	54
4.5	DO “COMPORTAMENTO DE RISCO” A “DIMENSÕES DE VULNERABILIDADE”: PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS AO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA DA PPL NAS PRISÕES, SOBRETUDO ENTRE AS MULHERES	57
5	MÉTODO.....	61
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	61
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	61

5.2.1	Instituições parceiras do estudo na rede de saúde do município	63
5.2.1.1	<i>Serviço de Testagem e Aconselhamento (CTA)/ Departamento DST/aids – Juiz de Fora/Centro em Vigilância em Saúde</i>	<i>63</i>
5.2.1.2	<i>Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/aids/ Departamento DST/aids – Juiz de Fora/Centro em Vigilância em Saúde.....</i>	<i>63</i>
5.2.1.3	<i>Centro de Referência em Hepatologia UFJF/Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-CAS).....</i>	<i>64</i>
5.2.1.4	<i>Laboratório Central (Lacen) da Secretaria de Saúde (SS) da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF).....</i>	<i>64</i>
5.2.1.5	<i>Laboratório de análises clínicas da Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (Acispes).</i>	<i>65</i>
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	65
5.4	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	67
5.5	COLETA DE DADOS	69
5.5.1	Instrumentos de coleta de dados	71
5.5.1.1	<i>Roteiro estruturado para a população privada de liberdade feminina</i>	<i>71</i>
5.5.2	Testes rápidos (utilizados no rastreio).....	73
5.5.3	Algumas observações importantes na coleta de dados.....	84
5.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	84
5.6.1	Variáveis do estudo	85
5.6.1.1	<i>Variáveis dependentes.....</i>	<i>85</i>
5.6.1.2	<i>Variáveis independentes.....</i>	<i>85</i>
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
	REFERÊNCIAS	127
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	149
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	152
	APÊNDICE C – Tabelas complementares dos resultados apurados	156
	ANEXO A – Carta de anuência autorizando a realização da pesquisa pela Secretaria de Estado e Justiça e Segurança Pública	169
	ANEXO B – Memorando autorizando o retorno do projeto em unidades prisionais pela Secretaria de Estado e Justiça e Segurança Pública durante e após a emergência pandêmica de covid-19.....	170

ANEXO C – Autorização da Prefeitura de Juiz de Fora para realização da pesquisa	171
ANEXO D – Parecer consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	172
ANEXO E – Laudo de resultado de teste rápido – Imunocromatografia.....	176
ANEXO F – Ficha de registro dos testes rápidos e resultados.....	177
ANEXO G – Ficha de solicitação de exames complementares de média complexidade	178
ANEXO H – Impressos do departamento de DST, aids, e hepatites virais B e C	179
ANEXO I – Certificado de treinamento Portal TELELAB/Ministério da Saúde e CTA/Juiz de Fora.....	181

1 APRESENTAÇÃO

Esta tese é um desdobramento do projeto matriz “*Avaliação do processo saúde-adoecimento-cuidado relacionado a doenças infectocontagiosas no Sistema Prisional do Município Juiz de Fora/MG*”, sob a coordenação da Profa. Dra. Gírlene Alves da Silva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF.

O projeto matriz tem como objetivo principal analisar o processo saúde-adoecimento-cuidado da população privada de liberdade e dos trabalhadores que atuam no Sistema Prisional, considerando a situação de vulnerabilidade e exposição às doenças infectocontagiosas como: tuberculose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida), hepatites B e C e sífilis.

A proposta desta tese apresenta-se, ainda, a partir de uma necessidade levantada pelo Projeto de Pesquisa “*Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora-MG*”², no qual, oportunamente, conheci ações de pesquisa e extensão e fui provocada acerca da organização dos serviços e envolvimento de profissionais de saúde para com as populações mais vulneráveis. Desse projeto originaram-se três teses e duas dissertações, que sinalizaram algumas lacunas no campo do objeto. Dessa forma, foi concebido o projeto “*Avaliação do processo saúde-adoecimento-cuidado relacionado a doenças infectocontagiosas no Sistema Prisional do Município Juiz de Fora/MG*”.

Outras situações também foram significativas na construção dessa proposta, como o refletir e o discutir sobre o negligenciamento de doenças e indivíduos acometidos, a fragilidade da noção de território na realização de uma assistência efetiva, o envolvimento dos profissionais com as realidades sociais de usuários acometidos por infecções transmissíveis, influenciando na aquisição e transmissão de doenças potencialmente graves.

Acrescenta-se o maior impacto das infecções transmissíveis sobre grupos mais estigmatizados, por diversos motivos, grupos situados “à margem” de seus direitos sociais, aos quais é imposta uma condição de vulnerabilidade em comparação com a população em geral, tais como mulheres em condição de privação de sua liberdade.

Exclusão social, desigualdades regionais e determinantes sociais em saúde impactam sobremaneira o acesso a direitos fundamentais da população como: moradia, alimentação, segurança, educação e saúde, expondo condições e abismos de desigualdade entre usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro.

² Projeto de Pesquisa e extensão sob a coordenação da Profa. Gírlene Alves da Silva com desdobramento em estudo de doutorado da Profa. Érika Andrade e Silva, sobre a avaliação do desempenho dos serviços públicos de controle da tuberculose em Juiz de Fora – MG (Silva, G. A. *et al.*, 2017).

Nesse endosso de conteúdos e reflexões, a população carcerária pode ser compreendida acerca do cerceamento de seus direitos fundamentais, condições precárias de moradia, insegurança alimentar/nutricional, punições duplas, ao cumprir a pena e adoecer, e com uma assistência, por vezes, precária; tais fatores são reflexo do controle de corpos no acesso a bens e direitos de saúde. Trata-se de uma população que reflete a exclusão social e marginalidades de direitos fundamentais, cuja desigualdade segue além do muro das instituições prisionais.

Meu interesse pessoal e a demanda coletiva pelo estudo das infecções transmissíveis somam-se a uma demanda atual da realidade de pesquisa em um construto de debates sobre os desafios de um sistema universal de saúde referentes a populações cada vez mais impactadas por infecções transmissíveis. No caso destas, por sua própria condição, a aquisição de uma infecção transmissível e a vivência com a patologia as tornam ainda mais estigmatizadas e segregadas na sociedade.

Com esse enfoque, o grupo de trabalho do projeto de pesquisa matriz conta atualmente com parcerias, como a gestão municipal de saúde, sobretudo a Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SSVS) e o Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (DVEA) e Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ aids e hepatites virais (DDST) do município de Juiz de Fora, e com a colaboração da Secretaria de Justiça e Segurança/Administração Penitenciária e Saúde em níveis estadual e municipal, considerando o preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade e Trabalhadores no Sistema Prisional.

2 INTRODUÇÃO

A População Privada de Liberdade (PPL) é estimada como sendo de elevado risco para aquisição de infecções relacionadas às condições encontradas no confinamento. Entre as infecções que mais impactam a população no sistema prisional, estão: as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), hepatites virais B (HBV) e C (HCV), HIV/aids e tuberculose (Carbone *et al.*, 2017). Maerrawi (2012) acrescenta a estas a infecção pela bactéria *treponema pallidum*³, causadora da sífilis, como uma das principais infecções a encontrar um ambiente favorável à disseminação no sistema prisional, o que reflete um grave problema coletivo e, por conseguinte, de saúde pública.

Por ser um agravo coletivo, o entendimento sobre as características individuais como cor e raça, gênero e níveis de escolaridade, relacionadas ao desfecho de determinadas infecções, carrega consigo uma inevitável discussão sobre a equidade desses grupos, do cárcere, em relação à população em geral. Isso leva à investigação sobre as problemáticas que envolvem essa população, a partir de seus contextos de identidade e também da diferença individual e social em relação à sociedade como um todo (Siqueira, S. A. V.; Hollanda; Motta, 2017).

Nesse sentido, tendo em vista as estratégias para o desenvolvimento sustentável e o controle de infecções transmissíveis, torna-se recomendável aos estados e municípios a realização de estudos que subsidiem o reconhecimento das vulnerabilidades mais prevalentes em seus territórios. Busca-se, assim, reduzir diferenças e adequar as estratégias para o enfrentamento das infecções, diminuindo a desigualdade de acesso a diagnóstico e tratamento de infecções ainda prioritárias, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a sífilis e hepatites B e C, assim como condições infectocontagiosas e/ou coinfeções que potencializem a mortalidade e morbidade decorrentes dessas doenças no Sistema Prisional (Brasil, 2017d).

No Brasil, considerando o conceito ampliado de saúde e seus determinantes, implicados na condição de adoecimento, pode-se inferir que, a partir da posição e importância que lhes são atribuídas pela sociedade, as populações privadas de liberdade (PPLs) acabam tendo uma maior vulnerabilidade social (Castro *et al.*, 2008; Minayo; Ribeiro, 2016; Valim; Daibem; Hossne, 2018). A elas, acaba sendo restrito o acesso a bens e serviços, implicando poucas oportunidades.

³ A descoberta pelo zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman em 3 de março de 1905 representou um avanço nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos anos seguintes (Brasil, 2014f; Souza, E. M., 2005).

Tais populações são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontram confinadas em unidades prisionais, submetidas a situações não favoráveis de salubridade, habitação e acesso a ações e serviços de saúde. Com isso, tornam-se evidentes os impactos na vida dessas pessoas, como forte comprometimento nos âmbitos físico, mental e social, quando comparadas com outros agrupamentos da população em geral (Rio de Janeiro, 2020).

O contexto carcerário expõe ainda uma vulnerabilidade atribuída à segurança e à periculosidade, o que implica a presença constante dos agentes penitenciários, inclusive nos cuidados de saúde. Em algumas situações, essa presença dificulta a autonomia do profissional, especificamente em ações de prevenção das doenças e promoção da saúde (Assunção, 2010; Souza, M. O. S.; Passos, 2008). Castro *et al.* (2008) acrescentam que a integridade pessoal dos agentes e dos privados de liberdade, relacionada à segurança, sobressai em relação à percepção das doenças, cuidados com a prevenção das mesmas e recuperação da saúde, ficando estas inseridas em um segundo plano de prioridades no sistema prisional.

Ao realizar a avaliação da necessidade ou não de atendimento dos detentos, os trabalhadores do sistema prisional acabam por fazer o direcionamento do atendimento de saúde aos serviços ou a “postergar” essa assistência, quando a ela é atribuído preconceito e não valorização da queixa do privado de liberdade. Em outro âmbito, por caber aos trabalhadores do Sistema Prisional o contato direto com as infecções transmissíveis, eles também acabam por ficar expostos a agentes infecciosos, presentes nesse cenário (Reis; Bernardes, 2011; Scolese, 2008).

E, em meio a essa conjuntura, acentua-se o fato de a privação da liberdade ser considerada um fator de alto risco para infecção por HIV e hepatites virais B e C, considerando a exposição a agentes oportunistas dentro das prisões, responsáveis pela propagação dessas infecções. Nesse sentido, alguns fatores se destacam: superlotação, multiplicidade de parceiros, sexo sem proteção em relações hetero e homossexuais, compartilhamento de objetos perfurocortantes como lâminas de barbear, uso de drogas ilícitas, realização de tatuagens em condições inseguras (como ocorre durante a confecção de tatuagens artesanais) (Almeida *et al.*, 2017; Carbone *et al.*, 2017).

Do mesmo modo, ocorre a transmissão da sífilis. Além dos mecanismos de transmissão já mencionados, por se tratar de uma doença infecciosa com predominância na transmissão sexual, tornam-se prevalentes os casos em populações privadas de liberdade, devido à recorrente exposição às situações que aumentam sua transmissão (Soares *et al.*, 2019).

Acrescenta-se que os aspectos da vida antes do encarceramento, como as características individuais e circunstâncias vivenciadas, contribuem para a prevalência e a

endemicidade das hepatites virais e da sífilis na população privada de liberdade. Características como faixa etária jovem; com predomínio do gênero masculino, ainda que crescente, ao longo dos anos, o aumento do gênero feminino; baixos níveis de escolaridade; proveniência, sobretudo, de comunidades mais desfavorecidas em comparação às demais condizem a essa população.

No cárcere, outros fatores vêm a corroborar essa realidade de disseminação de HIV, sífilis e hepatites B e C. Além dos já mencionados, há que se frisar o compartilhamento de materiais perfurocortantes no uso de drogas e as relações sexuais sem proteção entre a PPL ou no decorrer das visitas íntimas; tem-se ainda a não realização ou realização inadequada de pré-natal durante a gestação, além de relações sociais excludentes que conduzem o privado de liberdade a agravos de saúde potencializados pela situação de confinamento, sobretudo no encarceramento feminino (Carbone *et al.*, 2017).

De acordo com Sarmiento (2016), é através do princípio de universalização da saúde que se apresenta o aspecto mais patológico e desafiador da afirmação da “dignidade humana” no Brasil. A omissão de políticas públicas contribui para a problemática de violação do direito à saúde como um elemento de cidadania, trazendo a tônica da saúde como um produto de mercado regulado por interesses diversos, sobrepondo interesses individuais a objetivos sociais a serem garantidos por legislações vigentes (Góis, 2008).

Assim como outros aspectos sociais inerentes à sociedade contemporânea, o entendimento sobre fatores econômicos e sobre como se relacionam com a geração da desigualdade interfere na definição dos que “serão mais afetados” pelo não acesso ao direito à saúde. De modo geral, potencializa-se o estigma sobre os mais pobres e aqueles em maior condição de vulnerabilidade, como negros, indígenas, mulheres, populações LGBTQIAPN+, privados de liberdade, moradores em situação de rua e portadores de deficiências, cada um a seu modo e contextos. Trata-se de realidades que implicam plena responsabilidade do Estado para com a proteção dos direitos da pessoa, dos grupos aqui mencionados e, sobretudo, dos que estão impossibilitados de exercer ou acessar seus direitos plenamente (Sarmiento, 2016; Valim; Daibem; Hossne, 2018).

Nesse paradigma, em tempos atuais, tem-se a necessidade da abordagem do fenômeno social relacionado às infecções transmissíveis, para o qual cabe à pesquisa epidemiológica, sensível aos fenômenos sociais e coletivos, apontar ao Estado dados e evidências que subsidiem o planejamento de ações e programas específicos, alguns de caráter afirmativo a direitos fundamentais. Apontamentos com esse enfoque possibilitariam a elaboração de estratégias eficazes para a composição de ações voltadas a diagnóstico, assistência e práticas eficazes

direcionadas a uma parcela da população que se encontra ainda “à margem” dos serviços de saúde, mas que não deixa, por isso, de ser considerada potencialmente disseminadora de infecções (Carbone *et al.*, 2017).

A população privada de liberdade encontra-se em estado permanente de condições de vulnerabilidade. Frente a essa perspectiva, volta-se neste estudo a atenção para a população feminina em privação de liberdade. Fundamentam a formulação do objeto de investigação as seguintes questões: qual seria a prevalência das infecções HIV/aids, hepatites B e C e sífilis entre a população feminina no Sistema Prisional de Juiz de Fora? Qual o perfil, características individuais de comportamento e acesso a bens e recursos de saúde que favoreceriam a aquisição e/ou desfecho positivo em relação à ocorrência de infecções transmissíveis entre a população feminina encarcerada na unidade prisional do município?

2.1 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

Em resposta às indagações, propõe-se como objeto de estudo a verificação da prevalência e análise dos fatores associados à ocorrência de infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em uma população feminina privada de liberdade.

2.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A incompreensão sobre aspectos da realidade da PPL e a escassez de informações em relação à saúde no sistema prisional levam o cenário do encarceramento a configurar-se como um potencial problema de saúde pública (Barbosa *et al.*, 2014; Reis; Bernardes, 2011). Soma-se a essa problemática a mencionada superlotação, que afeta as diversas unidades prisionais do país. Quando associada a condições precárias de higiene, tornam indivíduos que vivem e convivem no cenário prisional vulneráveis. Estes são expostos a diferentes microrganismos, que disseminam importantes doenças infectocontagiosas, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida), as hepatites virais B e C e a sífilis (Carbone *et al.*, 2017; Maerrowi, 2012).

Além disso, a relevância do estudo assenta-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, que aponta como uma de suas principais diretrizes estimular “ações para promoção da saúde e prevenção de doenças

transmissíveis, doenças não transmissíveis e dos agravos decorrentes do confinamento” (Brasil, [201-])⁴.

Para Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006) e o Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2020b), é por meio dos inquéritos de saúde que se tem a possibilidade de avaliar “o desempenho do sistema de saúde, como acesso, utilização e grau de satisfação do usuário com o serviço, além de características sociodemográficas, que possibilitem investigar as relações entre as diversas variáveis”. Acrescentam-se a estas as variáveis associadas a desfechos positivos para o adoecimento.

De certo, a prevalência e os fatores associados a saúde e doença em contextos de vulnerabilidade fazem parte da temática atual de avanços e retrocessos no percurso das infecções transmissíveis, com o objetivo de compreender o fenômeno social, inerente às desigualdades sociais em saúde. Exemplifica-se que, se, por um lado, a Agência de Notícias da Aids (2018) aponta a implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)⁵ em alguns estados, como um significativo desenvolvimento no percurso de avanços no controle da infecção pelo HIV no Brasil; em outro âmbito, há retrocessos, como o aumento de óbitos pela doença em grupos em maior condição de vulnerabilidade.

Outrossim, de acordo com Leal (2020), ainda que em minoria nas prisões, os últimos dez anos apontam fortemente o crescimento da população carcerária feminina. Embora seja um fenômeno mundial, no Brasil, entre 2010 e 2016, enquanto a taxa de aprisionamento masculina aumentou em 157%, o aprisionamento feminino foi de 656%. O Brasil é um dos países que mais aprisiona mulheres no mundo, com uma população de 42 mil presas, sendo um quantitativo inferior apenas aos Estados Unidos e à Tailândia. Com o agravante brasileiro de uma intensidade de crescimento 41 vezes maior, nos anos recentes, em relação à desses dois países (Brasil, 2017a).

Atribui-se ainda como justificativa a necessidade de estudos que possam dar visibilidade às infecções sexualmente transmissíveis, sobretudo, quando essas impactam grupos minoritários e/ou em situação de vulnerabilidade, no intuito de evitar que as infecções acentuem mais a vulnerabilidade desses grupos pela dificuldade de acesso a bens e serviços.

As infecções transmissíveis nas prisões impactam de modo multifatorial a vulnerabilidade feminina nesse cenário, representando um risco de adoecimento partilhado

⁴ Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf.

⁵ A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma estratégia de prevenção que consiste no uso diário de um medicamento antirretroviral por pessoas não infectadas pelo HIV. Seu uso correto reduz em mais de 90% o risco de aquisição da infecção. O Brasil é pioneiro na América Latina e Caribe ao adotar a PrEP como política pública (Portugal, 2018).

entre a PPL e todos aqueles que frequentam as prisões e atuam nelas: trabalhadores, profissionais de saúde, visitantes e demais pessoas presentes nesse ambiente. E, no caso específico das mulheres, além dos fatores supracitados, podem estar envolvidos: menor acesso a mecanismos de prevenção, violência sexual, percepções distorcidas em relação ao risco e acesso restrito a bens e serviços de saúde (Benedetti *et al.*, 2020; Brasil, 2019).

Trata-se de um desafio, sobretudo, tendo em vista a necessidade de fortalecer ações de Políticas voltadas à realidade de grupos acometidos por essas infecções, como as mulheres em situação de privação de liberdade, considerando, novamente, a devida visibilidade a essas patologias emergentes e/ou reemergentes na sociedade e a universalidade de direitos a esses grupos populacionais.

2.3 HIPÓTESE

A hipótese balizadora desta pesquisa fundamenta-se na concepção de que é elevada a prevalência de infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis entre a população feminina privada de liberdade no município de Juiz de Fora e de que alguns fatores podem associar-se, de forma mais acentuada, ao desfecho positivo a essas infecções, potencializando a condição de vulnerabilidade dessas mulheres no contexto carcerário.

3 OBJETIVOS

As propostas do estudo que orientaram a determinação da prevalência e análise dos fatores associados à ocorrência das infecções pelo HIV/aids, sífilis e hepatites B e C entre mulheres privadas de liberdade são divididas em objetivo geral e específicos, conforme descrição abaixo:

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência das infecções por HIV/aids, hepatites B e C e sífilis e fatores associados em mulheres privadas de liberdade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico da população do estudo;
- b) determinar a prevalência de infecções causadas por pelo menos uma das condições, pelo vírus da imunodeficiência humana, vírus da hepatite B, vírus da hepatite C e sífilis e suas coinfeções em mulheres privadas de liberdade do município de Juiz de Fora - MG;
- c) analisar os fatores sociodemográficos, individuais, de comportamento, estilo de vida, práticas sexuais e violência; condições de encarceramento, saúde e adoecimento associados à prevalência de pelo menos uma das infecções, HIV, HBV, HCV ou sífilis.

4 REVISITANDO O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

A escolha por este objeto conduz à necessidade de revisitar na literatura o sistema prisional brasileiro, passando por sua origem, características e sistema de punições, de modo específico o aprisionamento feminino, as políticas balizadoras e as dimensões de vulnerabilidade relacionadas a esse contexto. Há ainda que se compreender a história e o contexto epidemiológico e de transmissão das infecções abordadas, os exames utilizados no rastreio e confirmação de casos. Neste capítulo, discorre-se a partir das referências que embasam esses aspectos.

4.1 PRISÕES: DA ORIGEM À CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

A vida em sociedade fez surgir no homem a necessidade de estabelecer normas reguladoras para garantir a sobrevivência coletiva dos indivíduos. Mediante tal necessidade, já nos primórdios, a história da humanidade passa a ser relacionada aos sistemas de punições e à necessidade de proteger os infratores em escavações subterrâneas, por exemplo, pela construção de cavernas que, na época, eram conhecidas como “masmorras”, as quais foram projetadas para abrigarem os acusados, até o dia de seu julgamento. Como eram locais insalubres/infectados, alguns presos adoeciam e morriam antes de serem julgados e condenados, assim funcionava o aprisionar com a ideia do punir. Como não havia qualquer regulamento oficial estabelecido, as prisões eram um acessório de punição, cujo enfoque era o tormento físico. Mantinha-se o domínio para exercer a punição. Na descrição, as punições ocorriam em locais sem iluminação, insalubres e sem condições de higiene (Menezes; Menezes, 2014; Oliveira, 2016; Paraná, [20-]; Pinto Filho, 2002).

Já na Idade Média, o enfoque das leis penais era impor medo na sociedade, levando ao arrependimento de quem falhasse, o isolando dos demais para reconciliar-se com os “deuses”. Para Masson (2015), a pena seria um castigo a quem não cumprisse as ordens divinas, não havendo a necessidade de um local específico, uma arquitetura penitenciária própria, pois o cárcere era apenas um local de custódia, sendo permitida a pena de morte para cumprir a punição. As punições eram penas intimidatórias e cruéis, como: fogueira, força, esquartejamento, decapitação, castigos corporais e amputações (Menezes; Menezes, 2014; Oliveira, 2016; Rodrigues, L., 2019).

Ao longo da história, as dificuldades financeiras que afetavam a população em decorrência das guerras e a crescente urbanidade levaram ao aumento da criminalidade na Europa e a pena de morte tornou-se também insuficiente e inadequada. Além disso, com o nascimento do Iluminismo e a declaração dos Direitos do Homem e Cidadão, culminante da Revolução Francesa, juntamente com uma forte influência da Igreja Católica contrária à pena de morte, ocorreu a abolição ou desaparecimento da lei de morte, cedendo espaço somente à privação da liberdade como um controle social.

A partir desse momento, volta-se à construção de espaços considerados próprios para a reeducação dos criminosos, sobre os quais o Estado detinha o poder de manter a ordem e a segurança social com autoridade para punir em caráter público os que infringissem as normas (Bezerra, 2015; Masson, 2015; Menezes; Menezes, 2014; Paraná, [20--]).

No século XVI, começam a aparecer as primeiras prisões na Europa com disciplinas rígidas, destinadas a correção de criminosos, recolhimento de mendigos, vagabundos, prostitutas e jovens delinquentes, grupos que aumentavam pelas cidades (Silva, A. M. C., 2012). A partir dessas, surgiram vários sistemas prisionais na Inglaterra, Holanda, Bélgica e nos EUA, que, em comum, buscavam a transformação dos criminosos em sujeitos socialmente úteis e produtivos. Essa concepção de recuperação dos indivíduos levou ao desenvolvimento de sistemas progressivos de pena, visando premiar o mérito e punir as faltas, tendo por base a disciplina, o internamento em celas individuais, o trabalho e a progressão de regime. Com esse sistema, foi dada a possibilidade de alcançar a liberdade condicional, antes do fim da pena (Castro, 2020).

Além disso, o formato de recuperação de deixar “só” o privado de liberdade o faria, apenas, refletir sobre a causa que o levou a prejudicar o outro, seria uma perturbação na alma pelo prejuízo que causou à sociedade, uma submissão para “reflexão dos atos”, incorporada hoje nos regimes de prisão fechado e semiaberto. Sobre os quais Michel Foucault disserta:

O isolamento dos condenados garante que se possa exercer sobre eles, com o máximo de intensidade, um poder que não será abalado por nenhuma outra influência; a solidão é a condição primeira da submissão total. O isolamento assegura o encontro do detento a sós com o poder que se exerce sobre ele (Foucault, 1997, p. 212)

Somente no século XVIII, os direitos dos presos começaram a ser reconhecidos, dando início a normas e regulamentos com direitos e deveres, tanto para os presos como para o Estado. Nesse momento, a pena de privação da liberdade é institucionalizada como a principal sanção

penal e as prisões passam a ser formalizadas como o local da execução das penas (Mirabete, 1995).

Apesar de diferentes modelos e organizações, para Bauman (1999, p. 121), no século XIX, as prisões deveriam ser compreendidas como “locais de exclusão de pessoas habituadas à condição de excluídas”, anulando uma parcela da população que já não é necessária para a produção.

Em consonância, a privação da liberdade surgiria vinculada ao capitalismo, refletindo índices de pobreza e devastações de países, criminalidade, alterações de ordem religiosa, guerras e conflitos, expedições militares, crescimento de aglomerados urbanos com consequente crise de formatos agrícolas (Pinto Filho, 2002). As prisões seriam “uma maneira de dar sumiço às pessoas com a falsa esperança de dar sumiço aos problemas sociais latentes que elas representam” (Davis, 2009, p. 48).

Os fatores listados viriam a delinear o contorno atual do sistema de privação de liberdade. Em uma retrospectiva, da tortura no cumprimento da pena até o sistema atual, o modelo foi se transformando, chegando à privação de liberdade como uma forma de punição, que envolve coerção e regeneração, como método e disciplina, com prevenção de delitos e readaptação do criminoso (Menezes; Menezes, 2014; Paraná, [20--]).

Foucault, em sua obra “*Vigiar e punir*”, aponta que, em vez de causar dor física, a punição busca atingir a alma do infrator, para levá-lo ao sofrimento. Ao Estado, torna-se mais favorável vigiar do que punir; ao vigiar, mantêm-se os indivíduos conscientes desse processo para não desobedecerem à ordem. O aprendizado viria do isolamento, do distanciamento da família e de outras relações significativas, o que torna o indivíduo reflexo direto de sua punição (Foucault, 2002).

Além disso, a suspensão dos direitos, quando levados ao cárcere, trata-se de um tipo de disciplina. Foucault (1987, p. 164) apresenta a disciplina como “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade”. Seria uma disciplina do corpo e da alma, pois não sendo mais baseada em punições físicas, relaciona-se: ao encarceramento, à restrição do tratamento psicológico e dos atendimentos de saúde. Trata-se, portanto, de disciplinas relacionadas aos insumos, considerando certa necessidade de controle e poder sobre a população, um poder disciplinar com função de “adestrar” para retirar e/ou se apropriar ainda mais do indivíduo (Caprioli *et al.*, 2017; Gundalini; Tomizawa, 2013).

4.1.1 Sistema de punições brasileiro e suas características

No Brasil, na época da colonização, as penas eram dadas a índios, escravos e peões que não seguissem o regime português. Eram, na maioria das vezes, penas cruéis e desumanas, dadas por senhores com poder, que nada sofriam por seus abusos e infrações. Somente a partir da Independência, com a aprovação do Código Criminal de 1830, iniciou-se a história do sistema prisional brasileiro, com a privação da liberdade como pena (Queiroz, N. G., 2017 *apud* Queiroz, D. R.; Castro; Aquino, 2020; Santos, J. H. P.; Santos, I. P., 2014).

Antes desse período, ainda que a Constituição Brasileira de 1824 fosse influenciada pelas ideias liberais e pelas legislações europeias e americanas que garantiam os direitos individuais, os sistemas de punição conflitavam com práticas de punição existentes na sociedade escravocrata do país. De modo que o Código de 1830 acabou conservando “penas destinadas aos indivíduos de menor qualidade, como os castigos físicos e os trabalhos forçados” (Silva, A. M. C., 2012, p. 2).

Especificamente, em 1850, foi construída a primeira penitenciária brasileira, a Casa de Correção da Corte do Rio de Janeiro, posteriormente ampliada para a Casa de Detenção do Rio de Janeiro. Ainda que fosse introduzida a noção de ressocialização, “a manutenção da escravidão e da monarquia impossibilitava a transformação das formas tradicionais de punição e de produção de sujeição” (Silva, A. M. C., 2012, p. 5).

A pena privativa de liberdade foi a principal punição a surgir, mediante a Proclamação da República, em 1889, a abolição dos escravos e a promulgação da Constituição Republicana do Brasil. O cumprimento de penas de privação da liberdade marca também o fim das penas perpétuas no Brasil. Nesse momento, formam-se prisões compostas de celas individuais, com o tempo máximo de privação da liberdade de 30 anos, conforme Código Penal de 1890 (Machado; Souza, A. P. R.; Silva, A. M. C., 2012; Souza, M. C., 2013).

Recentemente, introduziu-se a expressão “População Privada de Liberdade” (PPL), extraída do documento oficial do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (2019), como adequada para um grupo populacional, constituído de: homens, mulheres, adultos e jovens, em situação de privação de liberdade pela justiça criminal, que vivem em instalações penitenciárias durante a investigação de um crime, enquanto aguardam julgamento, após a condenação, antes da sentença e depois de sentenciados.

E as instalações penitenciárias fazem parte de um Sistema Penitenciário Nacional, constituído por estabelecimentos federais subordinados ao Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e também dos Sistemas Penitenciários Estaduais, sob

administração do seu respectivo estado (Sousa, J. R.; Oliveira Filho, 2016); são sistemas com estruturas organizacionais distintas. Com a Constituição de 1988, a competência legislativa sobre o gerenciamento do sistema prisional é partilhada entre a União, estados e membros. É de competência da União a definição de parâmetros gerais para o funcionamento das instituições prisionais e aos estados cabe suplementá-los, a partir de demandas locais (Silva, A. M. C., 2012).

Em relação à organização, o sistema prisional brasileiro segue a Lei nº 7.210 de 1984 (LEP) (Brasil, [1984]) e o Código Penal (Brasil, [1940]), baseando-se na Constituição Federal e em tratados internacionais firmados pelo país, sendo o objetivo principal do Sistema fazer cumprir a sentença criminal e “proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (LEP, art.1), com algumas características específicas, embora baseado no sistema progressivo de pena (Castro, 2020).

Porém, ainda que a Lei de Execução Penal garanta diferentes tipos de estabelecimentos para prover a progressividade e a individualização das penas, na realidade, é fácil verificar a opção por unidades fechadas e de segurança máxima. De acordo com o Infopen (Brasil, 2017c), 49% dos estabelecimentos prisionais no Brasil foram concebidos para o aprisionamento de presos provisórios; 24% para o regime fechado; 8% para o regime semiaberto; 2% para o aberto; 13% para diversos tipos de regime; 2% para cumprimento de medida de segurança e 1% para outros tipos de estabelecimentos penais, como os patronatos.

Nesse contexto de privação da liberdade, ainda que a LEP restrinja celas coletivas com uma capacidade máxima para oito pessoas, possibilitando o uso de três camas superpostas (beliches de três camas), de acordo a Resolução nº 9, de 18 de novembro de 2011 do CNPCP (Brasil, 2011), a realidade das unidades prisionais no país apresenta um cenário bem diferente: 52% da população prisional encontra-se em estabelecimentos penais com mais de duas pessoas por vaga. Apenas 7% da população (51.235 pessoas) estão em unidades sem superlotação (Brasil, 2017c). Trata-se de um descompasso, e os reduzidos recursos disponíveis para a ampliação das vagas e a realidade prisional violam as leis e direitos humanos das pessoas privadas de liberdade (Castro, 2020).

No agravamento dessa realidade, a PPL vem aumentando em diversos países, inclusive no Brasil. Todos os anos, cerca de 30 milhões de pessoas passam pelas penitenciárias mundialmente, dessas, mais de 10 milhões permanecem encarceradas por um determinado período (Walmsley, 2016).

No Brasil, desde finais do século XX, a população carcerária vem crescendo de modo acelerado, o que coloca o país atrás apenas de países como Estados Unidos, China e Rússia

(Brasil, 2014a). De acordo com Monroe *et al.* (2020), além de ser a terceira maior população privada de liberdade do mundo em 2016, o Brasil possui uma taxa de ocupação de 197,4%, o que indica a falta de 358.663 mil vagas nas prisões brasileiras (Borges, J., 2018; Brasil, 2017c).

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de 2018 mostram que a População Privada de Liberdade (PPL) brasileira está constituída em torno de 699.901 mil pessoas e 2.635 estabelecimentos penais (Conselho Nacional da Justiça, 2018). Até o ano de 2019, esse quantitativo já estava em 773.151 pessoas privadas de liberdade em todos os regimes. Mantendo-se estável, aproximadamente 33%, o percentual de presos provisórios (sem uma condenação). Em relação ao crescimento da população carcerária, de 2017 para 2018, chegou a 2,97%. E do último semestre de 2018 para o primeiro de 2019, foi de 3,89% (Brasil, 2020a).

Somente o estado de Minas Gerais (MG) concentra 288 unidades penais e 40.881 pessoas privadas de liberdade. Dos municípios de Minas, destaca-se Juiz de Fora com quatro unidades penais e uma PPL de aproximadamente 2.380 pessoas. Como em todo o país, o município de Juiz de Fora trabalha acima da capacidade populacional total, que é de 757 vagas (Conselho Nacional da Justiça, 2018).

Em relação às características dos privados de liberdade, que atualmente ocupam as unidades prisionais brasileiras, pode-se dizer que 96,31% dessa população é masculina e 3,69% feminina, cerca de 55% é de jovens até 29 anos, de acordo com a classificação do Estatuto da Juventude (Brasil, 2013a). Em relação à escolaridade, cerca de 51% não concluíram o ensino fundamental, enquanto 4% eram analfabetos e outros 6% apenas alfabetizados (Brasil, 2017c). Apenas 9% das pessoas presas alcançam o ensino médio. Esses dados são indicadores que revelam a privação da liberdade, majoritariamente, a jovens com pouca qualificação, baixa renda e reduzidas chances de ingressar no mercado de trabalho. Além disso, o predomínio de jovens, em idade produtiva, é um importante indicador da seletividade do sistema penal no país. A prevalência evidencia a representação da população jovem nas prisões, pois, enquanto 55% da população encarcerada são jovens, na sociedade em si, a juventude tem uma representação de apenas 18% (Castro, 2020).

Além disso, outro fator característico do encarceramento no Brasil é que a estrutura de punições brasileira foi organizada de modo a manter a população negra em uma posição de subalternidade, acentuando o racismo, o sexismo e o colonialismo. O Estado brasileiro atuaria com a mesma crueldade sobre as mulheres negras, mantendo o pacto social de desigualdade e refletindo as estruturas e dinâmica do modo de produção capitalista, no qual são desfechos as formas de dominação de gênero, raça e trabalho (Davis, 2016; Lima, F. R. M. U. *et al.*, 2017; Lima, F. S.; Jeremias; Ferrazzo, 2023).

Diante desse contexto prisional feminino, a maior parte das mulheres nas prisões encontram-se em situação precária, em face das suas particularidades de gênero e das características de uma instituição que não foi concebida para elas, o que as expõem a situações de vulnerabilidade (Brasil, 2017a).

Em suma, a apresentação desses referenciais, que caracterizam o sistema prisional brasileiro, demonstra uma população privada de liberdade tanto feminina como masculina jovem, com pouca escolaridade, proveniente de comunidades carentes e pode-se inferir, mais à frente, com alta incidência de infecções. Acredita-se ainda que os reincidentes, que já passaram outras vezes no sistema prisional (encarceramento prévio), apresentam maior incidência para infecções como tuberculose, HIV/aids, e demais ISTs (Santos, A. S.; Lemos; Croda, 2020).

R. L. Santos *et al.* (2019), em estudo com a população privada de liberdade, encontraram como doenças infectocontagiosas mais recorrentes sífilis, tuberculose, escabiose, micoses, HIV, gonorreia, herpes genital, HPV, meningite e hepatites A, B e C. Os resultados dessa pesquisa reforçaram a compreensão de que as PPLs compõem ainda um grupo vulnerável às doenças infectocontagiosas e que estão relacionadas a esse problema questões sociais, econômicas e educacionais.

Com enfoque, a população privada de liberdade é considerada uma população-chave, de acordo com o documento “*Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chaves em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis*” do ano de 2018. O documento aponta que, apesar dos avanços alcançados pelas políticas de ISTs, HIV/aids e hepatites virais no Brasil e mundialmente, pessoas que usam álcool e outras drogas, indivíduos trans, gays, homens que fazem sexo com homens (HSHs), trabalhadoras do sexo e, especificamente, pessoas privadas de liberdade estão entre as populações que ainda enfrentam barreiras potenciais para a obtenção de um cuidado integral, a inclusão na sociedade e o acesso aos programas e serviços voltados para prevenção, diagnóstico e tratamento de ISTs, HIV/aids e hepatites virais. Ainda que, ao longo da história, avanços e políticas públicas preconizem a garantia desse acesso (Brasil, 2018a)

4.1.2 Sistema Prisional e encarceramento feminino

Infelizmente, ainda na sociedade moderna, o preconceito de gênero designa à mulher um lugar de inferioridade e menosprezo, em comparação com o gênero masculino; essa atitude é recorrente em variados cenários, mas seria na prisão que esse olhar negativo afloraria ainda mais, potencializando o “ser mulher e criminoso”, com uma dupla carga de preconceito. Quando

essa dupla carga é associada ao conviver com uma infecção transmissível, a vulnerabilidade das mulheres pode tornar-se ainda maior (Siqueira, D. P.; Andreoli, 2019; Universidade Federal de Santa Catarina, 2015).

Em relação ao encarceramento feminino, para Diniz (2015, *apud* Germano; Monteiro; Liberato, 2018, p. 210) “o presídio é uma máquina de abandono para a qual os sentidos da violência são múltiplos”. O encarceramento feminino expõe ainda mais tal abandono e, somada a ele, pode-se destacar a pobreza vivenciada por muitas mulheres, que, talvez, possa ser considerada como um fator determinante da entrada de mulheres no tráfico. Como reflexo do tráfico e sua criminalização, ao ingressar maciçamente no encarceramento, sua exposição a fatores de vulnerabilidade, tais como: a baixa escolaridade, exposição a violência, limitado acesso a oportunidades de trabalho e estudo, aumentariam ainda mais sua condição de pobreza, limitando, progressivamente, sua possibilidade de saída dos contextos do aprisionamento (Germano; Monteiro; Liberato, 2018). Trata-se de um ciclo infundável e constante de desigualdade e preconceito ao qual muitas mulheres ficam expostas.

Dados do Departamento Penitenciário Nacional revelaram que a população masculina aprisionada teve um crescimento de 106% entre os anos 2000 e 2010, enquanto, nesse mesmo período, a feminina cresceu 261%. No ano de 2000, eram 10.112 mulheres presas (4,3% do total de apenados) e, no ano de 2010, o número saltou para 36.573 (7,4%). Esses números continuaram a crescer ao longo dos anos, em 2014, o Brasil chegou à marca de quinta população carcerária feminina do mundo, com 37.380 mulheres em privação de liberdade. Entre os anos de 2000 a 2014, as taxas de aprisionamento feminino expõem um dado alarmante: 567% de encarceramento feminino em comparação a 220% entre os homens. Esse aumento leva o país a atingir, no ano de 2018, a condição de quarta população feminina privada de liberdade mundial, contrapondo-se a um *déficit* de 15.326 vagas para mulheres nessas instituições, um dado questionável e preocupante, considerando a garantia de direitos humanos básicos (Brasil, 2010a, 2014b, 2017a).

Embora a maior parte da população prisional seja composta de homens, a invisibilidade das mulheres presas e egressas do sistema prisional contrapõe-se ao percentual, cada vez mais significativo e crescente, da população privada de liberdade feminina. O aumento das taxas de encarceramento feminino denota a necessidade de compreender a situação das mulheres nas prisões brasileiras, sobretudo relacionada à vulnerabilidade a que poderiam estar expostas, uma vez que há um sistema prisional *feito por homens e para homens* (Borges, I.; Borges, B. H., 2022; Brasil, 2017a; Siqueira, D. P.; Andreoli, 2019; Universidade Federal de Santa Catarina, 2015).

Dessa forma, considerando as desigualdades históricas de poder entre homens e mulheres, existe um forte impacto nas condições de saúde das mulheres, como um determinante de saúde e adoecimento, dentro do sistema prisional. As mulheres enfrentam desafios relacionados ao acesso à justiça, carregam a vitimização por violências físicas e sexuais, antes do cárcere e, ao adentrar no sistema, deparam-se com superlotação, estrutura física inadequada, falta de higiene, violência, discriminação, falta de áreas de lazer, inadequação de políticas específicas para mulheres e falta ou deficiência de assistência médica específica a elas. O sistema prisional ainda se estrutura em uma base machista e patriarcal que negligencia as necessidades específicas das mulheres encarceradas, o que potencializa a exclusão e opressão dessas mulheres na sociedade (Dell Agnolo *et al.*, 2013; Santos, N.; Bermudez, 2012; Universidade Federal de Santa Catarina, 2015).

Além disso, a alta rotatividade e aprisionamento feminino expõem a realidade de presas provisórias, sem julgamento, por vezes, aguardando a condenação. Tal questão ainda traduz outra problemática: na maioria das vezes, quando possuem filhos, as mulheres são responsáveis por eles, gerados antes do cárcere; por essa via, o encarceramento da mulher e mãe gera uma devastação na estrutura familiar, deixando os filhos sob a guarda de familiares ou mesmo em abrigos de adoção. Trata-se de um ciclo de desigualdade e pobreza que se mantém. Ao percorrer a realidade de seus crimes, verifica-se que mais da metade da população feminina é condenada pelo crime de tráfico de entorpecentes, elas acabam sendo acusadas por estarem ocupando atividades periféricas na estrutura do tráfico, sendo utilizadas como “mulas”, que, nas organizações criminosas, são as pessoas que realizam o transporte ou guarda de drogas. Essa vinculação ao crime, em grande parte dos casos, relaciona-se à solicitude a parceiros e familiares que já estão no tráfico (Alcântara; Sousa; Silva, 2018; Musumeci, 2001).

Dessa forma, percorrendo o perfil dessas mulheres na literatura e banco de informações penitenciárias, evidencia-se um aumento de mulheres jovens, solteiras, com filhos, baixo nível de escolaridade e renda familiar precária (Lima, G. M. B. *et al.*, 2013). Para Foucault (2002), o “punir” sempre esteve vinculado ao modelo de sociedade onde o feio, o fora das normas, o diferente é escondido, depositado e esquecido no tempo e no espaço. Nessa perspectiva, a mulher tenderia a ser esquecida no contexto prisional, entre o todo da população carcerária, por representar uma minoria inexpressiva da população e por seu gênero (Carvalho; Jardimino, 2017), haja vista mulheres pretas ou transexuais ou portadoras de alguma infecção transmissível que se encontram nas prisões.

Portanto, no atendimento à saúde das mulheres encarceradas, as peculiaridades relativas ao gênero feminino devem ser levadas em consideração, estando tal atendimento

embasado nas diretrizes e nos princípios da saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que envolve acesso ao planejamento familiar, acesso a métodos contraceptivos, direito a visitas íntimas e aprisionamento em unidades prisionais separadas por sexo. Além disso, existem vulnerabilidades em relação às mulheres privadas de liberdade que precisam ter o enfoque dos profissionais de saúde e pesquisadores, tais como: a dificuldade de acesso a cuidados adequados, atenção ginecológica e obstétrica efetiva, prevenção do câncer cervicouterino e de mama, agravos psicossociais e transmissão de infecções. Esta última se atrela um olhar para a violência, à qual são expostas muitas mulheres, sendo vítimas da violência física, sexual, verbal ou a violência que ocorre no âmbito doméstico (Brasil, 2010c; Universidade Federal de Santa Catarina, 2015).

Em uma busca nos últimos dados sobre a situação das infecções transmissíveis em relação às mulheres em privação de liberdade, encontrou-se, em relatórios do Departamento Penitenciário Nacional (Brasil, 2014b), a informação de que, até aquele momento, havia cerca de 1.204 mulheres com agravos transmissíveis, cerca de 5,3% da população feminina em comparação a 2,4% da população masculina. Sobre as condições das mulheres citadas, os principais agravos constam como: 46,9% convivem com HIV, sífilis em 35% das mulheres, seguida pela hepatite em 6,8%, tuberculose em 4,8% e outras com 6,4%. Os dados dos estabelecimentos prisionais sinalizam, portanto, que esses são os principais agravos entre as mulheres brasileiras privadas de liberdade: as infecções por HIV, sífilis e hepatites B e C (Brasil, 2014b).

4.1.2.1 Políticas voltadas às mulheres privadas de liberdade

Embora o direito à saúde pela população privada de liberdade seja garantido pela Constituição Federal de 1988 e, por conseguinte, pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, Lei nº 7.210/1984 e Lei de Execução Penal (Brasil, 1984, 1990, 2023; Universidade Federal de Santa Catarina, 2015), é na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que se tem em uma de suas medidas:

[...] atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, considerando suas especificidades em diferentes faixas etárias e em distintos grupos populacionais tais como: mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, orientação sexual, deficiência em situação de risco, e inclusive em situação de prisão [...] (Brasil, 2004b, p. 6).

No intuito de contemplar a complexidade e ampliar a atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, considerando diferentes perspectivas de integralidade dessa população, a Secretaria de Política para as Mulheres, em conjunto com o Ministério da Justiça, publicou a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (Pnampe). Em consonância com a Pnaism, essa política tem o objetivo de reformular as práticas e garantir os direitos das mulheres privadas de liberdade no Brasil (Brasil, 2014c; Sá e Silva, 2009).

Entre os objetivos da política, destaca-se o Item V – “fomentar e desenvolver pesquisas e estudos relativos ao encarceramento feminino”, acrescenta-se, também, uma de suas metas, que se destaca no inciso I: a criação e reformulação de bancos de dados em âmbito estadual e nacional sobre o sistema prisional, que contemplem dados relativos à “incidência de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - aids-HIV e outras doenças” (Brasil, 2014c, p. 75).

Tratando-se de mulheres privadas de liberdade e do perfil e condições que expõem esse grupo a vulnerabilidade, assim como as adversidades e diversidade no cárcere, cabe ao Estado, por meio das ações de políticas públicas, o compromisso com a qualidade de vida e cumprimento da execução penal baseada em direitos humanos. Afinal, sendo mulher, portadora de infecção transmissível ou não, tem-se como prerrogativa, como ressaltam Santos *et al.* (2020), inclusive no atendimento de seu direito de saúde, o artigo 5º da Constituição Federativa do Brasil, que dispõe que: “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (Brasil, 2023, p. 13).

Nesse sentido, segue-se entendendo a importância de estudos que reconheçam os agravos de saúde e, por conseguinte, ampliem e/ou mesmo reforcem o acesso das mulheres privadas de liberdade ao seu direito de saúde, com uma assistência digna e de qualidade, como qualquer cidadão que é assistido pelo Sistema Único de Saúde.

4.2 TRANSMISSÃO E EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES E IMPACTO SOBRE A PPL

Devido a semelhante via de transmissão com HIV/aids, infecções como as hepatites B e C e sífilis recebem uma abordagem epidemiológica similar e acabam sendo trabalhadas em políticas relacionadas, com enfoque em infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, recebem significativa importância devido ao número de indivíduos acometidos pelas infecções

e complicações agudas e crônicas das doenças (Maerrawi, 2012). Acrescenta-se a esses fatores, a detecção em métodos diagnósticos semelhantes, como testes rápidos, permitindo que essas infecções sejam abordadas em concomitância.

4.2.1 HIV/aids

HIV é a sigla em inglês utilizada para referenciar o vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus*). Ele diferencia-se em tipos 1 e 2, o HIV-2 apresenta menor infecciosidade que o HIV-1; a baixa infecciosidade relaciona-se aos níveis mais baixos de carga viral. Em ambos os tipos, a transmissão ocorre por vias: sexual; parenteral, com exposição a sangue e em transfusões de sangue e hemoderivados; compartilhamento de agulhas ou outros perfurocortantes; ou por via vertical (Brasil, 2020c; Parham, 2000).

A evolução natural da infecção pelo HIV divide-se em: infecção aguda, assintomática ou período de latência clínica e infecção sintomática. Indivíduos infectados pelo HIV podem não apresentar nenhum sintoma durante anos, outros relatam sintomas em semanas após a exposição. De modo que, sintomático ou não, estando infectado pelo vírus, a infecção pode ser transmitida facilmente para outras pessoas e a única forma de saber se se trata de um caso infectado, ou não, é pelo teste, ainda que por dias ou semanas a infecção não apareça, nem mesmo neste (Biolo; Seligman; Sprinz, 1999; Brasil, 2005a; Joint United Nations Programme on HIV/Aids, [c2020]; Kuchenbecker; Ferreira; Barcellos, 2004; Lazzarotto; Deresz; Sprinz, 2010).

Em seu mecanismo de ação, o vírus destrói barreiras de defesa naturais do corpo, permitindo que as mais variadas doenças se instalem, constituindo a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Mundialmente, os primeiros casos de aids foram diagnosticados na década de 80. Tratava-se de uma doença que acometia, principalmente, usuários de drogas injetáveis, homens que faziam sexo com homens e pessoas que tinham recebido transfusão de sangue e hemoderivados contaminados (Affeldt; Silveira; Barcelos, 2015; Brasil, 2014h; Moura, J. P.; Faria, 2017).

Ainda que o vírus contaminasse perfis diversos de pessoas, na época, era atribuído que a maioria dos casos teriam sido por transmissão sexual, por isso instituições religiosas utilizaram do momento para conferir à epidemia uma justificativa de “punição divina” a alguns grupos populacionais mais acometidos (Agência de Notícias da Aids, 2019).

Porém, ao longo dos anos, o vírus permaneceu acometendo perfis diversos e o caráter discriminatório dos grupos de risco foi sendo modificado para “comportamento de risco” e, mais atual e recente, para aspectos de vulnerabilidade para transmissão e aquisição da doença.

Dados estatísticos apontam que, no ano de 2019, 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV, sendo que 23,3 milhões contavam com o acesso à terapia antirretroviral. Porém, morreram, ainda, 770 mil pessoas acometidas por doenças relacionadas a aids e 65% de novos casos de infecções por HIV ocorreram na América Latina (Joint United Nations Programme on HIV/Aids, 2019).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, em âmbito nacional, no ano de 2021, foram registrados 35.246 casos de aids. Em relação à razão de sexos, o número de casos de aids em homens foi de 25 para cada dez mulheres. No que tange ao HIV, de 2007 até junho de 2022, foram notificados no Sinan 434.803 casos, sendo diagnosticados 40.880 novos casos em 2021. Ainda que se observe uma diminuição dos casos de aids em quase todo o país, nos últimos anos, ressalta-se que parte dessa redução pode estar relacionada à subnotificação de casos, principalmente no ano de 2020, devido à pandemia de covid-19 (Brasil, 2022a).

Considerando a realidade local e o período de 2007 até julho de 2022, dos 434.803 casos de HIV notificados no Sinan, 29.985 (6,89%) ocorreram em Minas Gerais. E, no período de 2013-2017, o município de Juiz de Fora apresentou 418 (3,23%) casos notificados de HIV, em um total de 12.909 casos no estado de Minas Gerais (Brasil, 2018c, 2022a).

Buscando um pouco mais dessa realidade vivenciada pela PPL, estimativas da *Joint United Nations Programme on HIV/Aids* (Unaid) (2014) apontam que a prevalência da aids entre pessoas encarceradas no mundo é de duas a dez vezes maior que na população em geral. Sobretudo entre homens que fazem sexo com homens por violência, fazem uso de drogas injetáveis e compartilham material cortante (Pompilio *et al.*, 2011; Prasetyo *et al.*, 2013).

Infelizmente, em relação à população prisional, há um fator limitante ao conhecimento dessa realidade, os dados sistemáticos são escassos e dificultam o levantamento do número de casos em um cenário nacional e local. Não há referências sobre a taxa de prevalência de HIV, consideram-se apenas estimativas. Estima-se que a prevalência da infecção por HIV nos presídios varie de 3% a 16%, sendo a IST de maior impacto. Acredita-se que, por não serem discriminados em bancos de dados nacionais, como ocorre com a tuberculose, esses valores possam estar subestimados, pois muitos privados de liberdade podem ser HIV positivos e não serem diagnosticados. Essa escassez de dados é um fator limitante para a implementação de medidas de controle e prevenção da doença (Fernandes *et al.*, 2016; Soares Filho; Bueno, 2016).

4.2.2 Hepatites B e C

Hepatites virais são um processo inflamatório que acomete o fígado, causado por tipos de vírus, que são classificados por letras do alfabeto em A, B, C, D (Delta) e E. O agente viral envolvido e fatores imunogenéticos do portador contribuem para que as hepatites sejam consideradas, na atualidade, um sério problema de saúde pública mundial. No Brasil, as hepatites são patologias que demandam atenção, considerando o número de indivíduos acometidos e a possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas da infecção (Brasil, 2005a, 2014g, i; Gomes, A. P. *et al.*, 2012). As causas das hepatites podem estar relacionadas ao uso de medicamentos, intoxicação por defensivos agrícolas, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e contaminação por agentes infecciosos (Brasil, 2014g, i; Gomes, A. P. *et al.*, 2012).

De acordo com dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), as hepatites virais B e C são consideradas a principal causa do câncer de fígado, representando o principal motivo para a indicação do transplante hepático (Brasil, 2014i; Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Especificamente, em relação ao vírus da hepatite B, também pode ser transmitido por via parenteral, por contato de sangue e órgãos transplantados não submetidos a triagem, fluidos corporais contaminados ao entrar em contato com a pele ou com mucosas e também por via sexual. A partícula viral pode se manter infecciosa por até uma semana, por isso materiais perfurocortantes não esterilizados também são vias potenciais de infecção (Brasil, 2014g).

Como menciona Balayan *et al.* (1983), o vírus não é capaz de atravessar a pele ou mucosas íntegras, portanto é preciso haver a presença de ferimentos ou microferimentos para que ele seja capaz de infectar um indivíduo. Em relação à transmissão vertical pela gestação, o estado imune e a carga viral da mãe irrompem na infecção do feto, pois se trata de fatores que podem permitir ao vírus atravessar a barreira placentária e/ou também possibilitam a infecção em situações que levam à mistura do sangue da mãe com o do feto (Brasil, 2014g; Liaw; Chu, 2009).

Em relação à hepatite C, ela também possui como principal via de transmissão a parenteral, pelo contato com sangue contaminado. Por isso, pessoas transfundidas, antes de 1993 – quando foram instituídos os testes de triagem obrigatórios –, apresentam maior possibilidade de terem sido infectadas pelo vírus. São vias de transmissão ainda: compartilhamento de objetos de higiene pessoal, como lâminas de barbear, escovas de dente, instrumentos para pedicure/manicure; procedimentos estéticos e culturais, como tatuagem,

piercing e acupuntura e procedimentos odontológicos (Brasil, 2014g, 2015a; Martins, T.; Narciso-Schiavon; Schiavon, 2011; Paraboni *et al.*, 2012; Silva, A. L. *et al.*, 2012).

A transmissão sexual da hepatite C ocorre em pessoas com múltiplos parceiros, com práticas sexuais desprotegidas e quando há coexistência de infecções sexualmente transmissíveis. Durante o parto, é menos comum, mas também é possível. Além disso, estão sob maior risco usuários de drogas injetáveis (atualmente, considerado o principal fator de risco para aquisição da hepatite), hemofílicos, pacientes em hemodiálise, profissionais de saúde com história de acidente percutâneo (Brasil, 2014g, 2015a; Martins, T.; Narciso-Schiavon; Schiavon, 2011; Paraboni *et al.*, 2012; Silva, A. L. *et al.*, 2012) .

Os tipos de hepatites B e C possuem um amplo espectro clínico, que varia desde formas assintomáticas, até a insuficiência hepática aguda grave (fulminante). Porém, independentemente do tipo de vírus, a maioria das hepatites virais agudas é assintomática. O contrário ocorre na hepatite crônica, em geral, como progride de forma assintomática, quando as manifestações clínicas aparecem, a doença já está em estágio avançado. Logo, é importante a realização do diagnóstico, por meio de testes rápidos, no intuito de caracterizar o agente infeccioso e sua gravidade (Brasil, 2009a).

Por manterem-se como uma ameaça à saúde da população, a Organização Mundial de Saúde iniciou atividades de estratégia global no setor saúde para as hepatites virais, entre o período 2016-2021, incluindo medidas para eliminação das hepatites virais B e C, considerando estas últimas como uma ameaça à saúde pública até 2030. Essas medidas seguem ao encontro da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, sobretudo, considerando o desafio da pobreza e falta de acesso aos serviços de saúde, fatores que contribuem para a manutenção dessas doenças (Teles, 2017).

No Brasil, ainda que se possa contar com um Sistema Universal de acesso à saúde, as condições relacionadas à desigualdade socioeconômica, à distribuição irregular dos serviços de saúde, à incorporação desigual de tecnologias avançadas para diagnóstico e ao tratamento de patologias são elementos essenciais a serem considerados na trajetória epidêmica e endêmica das hepatites virais (Ferreira; Silveira, 2006).

Embora o país tenha uma baixa endemicidade para as hepatites B e C e endemicidade intermediária para hepatite A (Pereira, L. M. M. B.; Ximenes; Moreira, 2010), a maior carga dessas infecções está em populações mais empobrecidas e/ou que apresentam maior vulnerabilidade social e individual, como usuários de drogas ilícitas, profissionais do sexo, moradores de rua, homossexuais, populações privadas de liberdade, entre outros. Para esses agrupamentos sociais, o acesso aos serviços públicos de saúde ainda é limitado (Teles, 2017).

Dados relacionados à doença e à sua distribuição mundial apontam que as frequências das hepatites virais B e C variam de acordo com a etiologia e regiões geográficas. A Organização Mundial da Saúde (Joint United Nations Programme on HIV/Aids, 2014) aponta aproximadamente 2 bilhões de pessoas infectadas pelo VHB no mundo. Entre as quais, 350 milhões são portadoras crônicas do vírus. Apesar da cronicidade, a infecção pelo VHB representa a décima causa de morte em todo o mundo, resultando em 1 a 2 milhões de óbitos por ano (Brasil, 2014g; Organização Pan-Americana da Saúde, 2017).

Dados do Boletim Epidemiológico Nacional (Brasil, 2022b) apontam que, entre 2000 e 2021, 264.640 pessoas foram diagnosticadas com o vírus da hepatite B e 279.872 com o vírus da hepatite C. Nesse mesmo período, dados notificados no Sinan apontam no estado de Minas Gerais 14.588 casos de hepatite B e 15314 casos de hepatite C. Sendo que, de 2011 a 2021, a faixa etária de 25 a 44 anos apresentou quase a metade dos casos acumulados de hepatite B. Em relação à hepatite C, no mesmo período de 2011 a 2021, observa-se que as regiões Sul e Sudeste apresentaram taxas mais elevadas que a nacional. Em 2021, a taxa de detecção dos casos confirmados de hepatite C foi de 5,2 por 100 mil habitantes no país (Brasil, 2022b).

Trata-se de um agravante, o HCV é o vírus que possui o maior número de notificações entre todas as hepatites. Estima-se que mais de 185 milhões de pessoas estejam infectadas pela doença no mundo, o que representa aproximadamente 3% da população mundial. No Brasil, estimativas apontam a incidência de 3 a 4 milhões de portadores crônicos do vírus VHC. Entre os infectados, aproximadamente 350 mil pessoas morrem mundialmente ao ano. Embora sejam quantitativos preocupantes, a maior parte dos infectados desconhece sua infecção (Brasil, 2014g; Centers for Disease Control and Prevention, 2017; Webster *et al.*, 2009).

No decorrer da doença, a cura espontânea após a infecção aguda por HCV ocorre em 25% a 50% dos casos. Por outro lado, o HCV origina em torno de 27% dos casos de cirrose e 25% dos casos de carcinoma hepatocelular, sendo uma das principais indicações para transplante desse órgão (Brasil, 2014g).

No ano de 2017, a taxa de incidência de HCV foi de 11,9 casos por cada 100 mil habitantes. Mais de 1 milhão de pessoas tiveram contato com o vírus, o que representa 0,71% da população brasileira. Em relação ao quantitativo de óbitos, a infecção por HCV é responsável por mais de 70% dos óbitos por hepatites virais, seguida da hepatite B (21,8%) (Brasil, 2018b).

Em 2019, o estado de Minas Gerais registrou, até o mês de julho, 511 novos casos da hepatite causada pelo vírus C. Em 2018, foram notificados 1.555 casos (Gomes, J., 2019). E, entre os anos de 1999 a 2018, o estado contabilizou 12.259 casos de hepatite C (Minas Gerais, 2018).

Em relação aos privados de liberdade, estudos realizados a partir da década de 70, começaram a demonstrar valores mais significativos de infecção por HBV na PPL do que na população em geral, com taxas de prevalência para o antígeno de superfície (HBsAg), ficando de 1,5% a 2,1%. Apesar desse dado, no Brasil, também são poucos os estudos sobre a prevalência da doença e os poucos estudos que fazem essa análise apontam para valores percentuais de HBsAg, variando de 8,5% e 0,9% (Berra; Bacetti; Buzo, 2006; Negreiros; Vieira, 2017; Souza, M. G. *et al.*, 2004).

Foi apontada ainda uma prevalência de 18,9% de HBV na população prisional no Brasil, sinalizando o fato de que ser preso por mais de três vezes no Brasil está associado a um risco 1,9 vez maior de infecção por hepatite B (Barros *et al.*, 2013; Silva, A. A. S.; Araújo, 2015; Sosman *et al.*, 2011; Stief *et al.*, 2010).

Em relação à hepatite C no contexto prisional, verifica-se que sua variação se dá de acordo com sexo, local e tempo em que aconteceu o estudo. Em um estudo realizado no Mato Grosso do Sul, a prevalência geral foi de 2,4%, (IC: 1,9 a 2,9) com baixa prevalência em mulheres privadas de liberdade 0,6% (IC: 0,4 a 0,8) e maior em homens 2,7% (IC: 2,1 a 3,3). E a taxa de incidência (casos novos) foi de 0,4/100 pessoas ao ano. Os fatores associados à exposição ao HCV foram a maioridade, o uso de drogas injetáveis durante a vida, o maior tempo de encarceramento, drogas inaladas, compartilhamento de agulhas e seringas e a coinfeção com HIV (Puga *et al.*, 2017).

De acordo com os achados de A. A. S. Silva *et al.* (2017), fatores como não gostar de utilizar preservativo nas relações sexuais e não saber como se prevenir para IST foram estatisticamente associados à prevalência de positividade do HBsAg entre a população carcerária. Além desses, alguns outros predispõem o risco de coinfeção HIV/HCV como: idade, adultos jovens, tatuagens, prática de sexo com usuários de drogas e ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (Pereira, G. F. M. *et al.*, 2019; Silva, A. A. S. *et al.*, 2017).

De acordo com os estudos e dados acima mencionados, entende-se a população carcerária como de elevada vulnerabilidade para aquisição de hepatites virais em decorrência do ambiente pequeno de enclausuramento, compartilhamento de objetos de higiene pessoal, atividade sexual desprotegida e uso de drogas intravenosas, marginalização social, baixo nível socioeconômico e precárias condições dos ambientes carcerários. Corroborando, no anuário 2016 da população prisional, constava a hepatite como uma das principais doenças crônicas a acometer a população carcerária (Brasil, 2017b; Pereira, G. F. M. *et al.*, 2019; Silva, A. A. S. *et al.*, 2017).

4.2.3 Sífilis

Em consonância com esse escopo de infecções transmissíveis pelas vias mencionadas, tem-se ainda a sífilis. A doença possui como principal via de transmissão também o contato sexual desprotegido com pessoa infectada, seguido pela transmissão vertical durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. A transmissão vertical é denominada sífilis congênita e a transmissão pelo contato direto com a mucosa, por via sexual, sangue ou saliva de pessoas infectadas é denominada sífilis adquirida. Para o Ministério da Saúde e OMS, a classificação da sífilis deve ocorrer considerando características clínicas, imunológicas e histopatológicas em três fases: primária, secundária e terciária. Sem o tratamento adequado após a sífilis secundária, existem dois períodos de latência: um recente, com menos de um ano e outro de latência tardia, com mais de um ano de doença (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2006, 2014f).

Estima-se que aproximadamente 30% dos pacientes não tratados da doença apresentem acometimento tardio do coração, do sistema nervoso central e de outros órgãos, que pode se desenvolver após a infecção inicial pelo agente etiológico (Goldman; Ausiello, 2010; Guerra *et al.*, 2017).

Apesar dos agravos mencionados, trata-se de uma doença curável, se diagnosticada de maneira rápida e prática, pelo teste rápido (TR), disponível nos serviços de saúde do SUS, com acesso ao tratamento no próprio Sistema. Porém, ainda que haja métodos diagnósticos e tratamento eficaz, a sífilis ainda se mantém prevalente na população (Brasil, 2010d, [c201-]).

Segundo a OMS, a doença atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo sua eliminação um desafio mundial aos sistemas de saúde (Brasil, 2018d). Em uma revisão sobre estudos relacionados à prevalência da doença, verifica-se um aumento da ocorrência de sífilis adquirida em países em desenvolvimento e industrializados, destacando um aumento de casos de sífilis primária e secundária, em mulheres em idade fértil (Rodrigues, C. S.; Guimarães, 2004; Sojo Dorado *et al.*, 2014).

No ano de 2021, no Brasil, foram notificados no Sinan 167.523 casos de sífilis adquirida, com uma taxa de detecção de 78,5 casos em cada 100 mil habitantes; 74.095 casos de sífilis em gestantes, com uma taxa de detecção de 27,1 em cada mil nascidos vivos e 27.019 casos de sífilis congênita, com uma taxa de incidência de 9,9 em cada mil nascidos vivos, sendo 192 óbitos por sífilis congênita. No município de Juiz de Fora, no período de janeiro a dezembro de 2021, foram notificados 779 casos de sífilis adquirida, sendo 321 casos em gestantes (Brasil, 2022c; Juiz de Fora, 2022).

No Brasil, o Boletim Epidemiológico da Sífilis do ano de 2022 aponta que a sífilis adquirida apresentou aumento crescente da taxa de detecção até o ano de 2018, com posterior estabilidade, exceto em 2020, quando foi observado declínio na taxa, decorrente da pandemia por covid-19. Em 2021, a razão de sexo foi de 17 homens para cada dez mulheres com sífilis, sendo que entre os adolescentes, foi detectada uma razão de sete homens para cada dez mulheres com sífilis. Ainda assim, a série histórica de 2011 a 2021 revela que a maior parte dos casos notificados se concentram nas faixas etárias de 20 a 29 anos (35,6%) e 30 a 39 anos (22,3%) (Brasil, 2022c).

Em consonância com os dados nacionais, a faixa etária de 20 a 29 anos apresenta maior proporção da forma adquirida no município de Juiz de Fora, seguida pelo grupo de 30 a 39 anos (Brasil, 2017e; Juiz de Fora, 2018).

Pode-se inferir desses dados que o maior número de casos notificados se concentra em grupos privados de liberdade, com idade até 30 anos (Brasil, 2017e). Ellen Araújo Oliveira (*apud* Soares *et al.*, 2019) revela que a população privada de liberdade com sífilis é predominantemente jovem (65,2%) e com média de idade de 29 anos; o que corrobora que, do mesmo modo que as outras infecções citadas, HIV e hepatites, a sífilis é mais comum em indivíduos privados de liberdade. Um estudo de 2012 mostrou que a prevalência da sífilis na PPL se concentra em torno de 4,75% em homens e 7,46% em mulheres dessa população (Kouyoumdjian *et al.*, 2012).

Considerando os mecanismos de transmissão na PPL, dois fatores são especialmente relevantes: práticas sexuais sem uso de preservativos e idade jovem (Cantor *et al.*, 2016; Jalkh *et al.*, 2014). Além disso, é considerável que a PPL utilize materiais improvisados para injetar, aspirar ou fumar drogas e que, constantemente, faça uso compartilhado desses materiais. Destaca-se que o compartilhamento de material para uso de drogas representa um risco para transmissão de doenças infecciosas. Nesse sentido, para A. S. Santos, Lemos e Croda (2020), a oferta de testes diagnósticos para a PPL é fundamental, a fim de realizar o diagnóstico precoce, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado.

Acrescenta-se ainda que não consta em banco de dados gerais o quantitativo de casos de sífilis atribuído à PPL, as estimativas consideram estudos pontuais; o que sugere a necessidade de um monitoramento mais adequado sobre a população do Sistema Prisional, com controle e intervenção em jovens com a vida sexual ativa, além do estabelecimento de orientações e ações voltadas para esse público (Juiz de Fora, 2018).

4.3 RASTREIO E EXAMES CONFIRMATÓRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS, HEPATITES B E C E DE SÍFILIS

Rastreamento (ou *screening*), em seu sentido original, significa “peneira” ou “peneirar”. Esse processo está relacionado à aplicação de testes e/ou procedimentos biomédicos em usuários assintomáticos ou não, em grupos de populações definidos. A “peneira” associa-se às características de cada exame, ou seja, sua sensibilidade e especificidade. A sensibilidade é a capacidade de o exame ser positivo ao ser testado em pessoas previamente doentes (verdadeiros positivos), ela auxilia a detectar o maior número possível de pessoas acometidas pela doença. Contrapondo, a especificidade é a capacidade de o exame ser negativo ao ser testado em pessoas previamente saudáveis (verdadeiros negativos), ela auxilia a detectar a patologia rastreada.

A especificidade e sensibilidade jamais serão 100% eficazes e não envolvem o diagnóstico, nesse primeiro momento. Para essa etapa, são utilizados exames complementares que fornecem diagnóstico para encaminhamento ao tratamento. Pode-se dizer que, no rastreamento, os grupos passam a ser divididos em potenciais beneficiados a receber uma intervenção diagnóstica ou não (Gates, 2001; Zonta *et al.*, 2017).

Mesmo não sendo um diagnóstico final, o rastreio tem como principal importância a possibilidade de acesso à saúde e a detecção precoce de infecções, principalmente aquelas que poderiam ser transmissíveis em grandes e/ou específicos grupos populacionais, tais como: HIV, sífilis e hepatites B e C (Prates; Rezende, 2021). Nessa prerrogativa, o teste rastreio (TR) é utilizado prioritariamente em algumas situações em que se consideram segmentos populacionais flutuantes e vulneráveis; assim como em acidentes biológicos ocupacionais e outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Além disso, pode ser realizado de forma gratuita e anônima pelo SUS, em unidades básicas de saúde ou em centros de testagem e aconselhamento (Brasil, 2009a).

Na situação específica de mulheres privadas de liberdade, estratégias como o rastreio são importantes e até essenciais para coibir a cadeia de transmissão. Populações específicas, como essa ainda possuem muita dificuldade de acesso ao diagnóstico e, por conseguinte, ao tratamento de infecções transmissíveis. O encaminhamento a serviços da rede municipal, por vezes, só é realizado em situações de urgência e/ou emergência, quando há escoltas e profissionais disponíveis para realizá-lo. Dessa forma, o rastreamento envolvendo uma triagem adequada e abordagens diagnósticas complementares, direcionado pelo tipo e dinâmica das

infecções, considerando as especificidades e os instrumentos disponíveis nos serviços de saúde, favorece a resolubilidade de assistência à saúde desses grupos (Graça *et al.*, 2018; Melo, 2021).

O rastreio em grupos potenciais para ocorrência das infecções possibilita atender à crescente demanda pelo diagnóstico e aumentar a agilidade de resposta aos indivíduos, permitindo seu rápido encaminhamento para assistência médica e início do tratamento. Tal demanda corrobora com as ações propostas pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que evidencia que, entre os agravos e doenças que mais acometem a população prisional, estão as doenças infectocontagiosas, hepatites e hanseníase (Bittencourt, 2015; Brasil, 2010b; Universidade Federal de Minas Gerais, 2023).

4.3.1 Rastreamento (ou *screening*) para HIV, sífilis e hepatites B e C

O rastreio e/ou ensaios sorológicos para diagnosticar a infecção por HIV, sífilis e hepatites B e C devem ser realizados conforme as recomendações do Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013 (Brasil, 2013c), que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção por HIV (Brasil, 2013d), a Portaria GM/MS nº 2.012, de 19 de outubro de 2016 (Brasil, 2016a), que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e da Portaria SVS/MS nº 25, de 1º de dezembro de 2015 (Brasil, 2015b), que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais (Brasil, 2016b).

Nessas recomendações e manuais técnicos, são estabelecidos fluxogramas para a realização dos diagnósticos, por meio de testes rápidos e exames complementares; tais como: fluxogramas para o HIV com uso de testes rápidos (TR1 e TR2), realizados em sequência com amostras de sangue total. Para a detecção da sífilis, um dos fluxogramas seria empregar um teste rápido treponêmico como primeiro teste, seguido por um teste não treponêmico para a confirmação diagnóstica, em amostra reagente por punção digital e uma segunda amostra coletada por punção venosa para conclusão do fluxograma. Nas hepatites B e C, deve-se iniciar a investigação utilizando os testes rápidos (TR – HBsAg) e (TR – anti-HCV) e, posteriormente, sendo reagente e/ou com histórico das infecções, realizar os exames moleculares complementares de carga viral (Castejon *et al.*, 2020).

Em seguimento com esses fluxogramas, também é importante uma melhor compreensão da funcionalidade dos mecanismos de detecção em cada um dos testes. A testagem rápida para sífilis é um método imunocromatográfico para determinação rápida e qualitativa de anticorpos totais (IgG, IgM e IgA) anti-Treponema pallidum em amostras de soro, plasma ou sangue total (Brasil, 2014f). Em estudo de Benzaken (2009), sobre a validação do

teste rápido para a sífilis, o autor apresenta a exatidão do teste rápido empregado, ou seja, a probabilidade de que ele classifique corretamente as pessoas estudadas. Trata-se de um teste treponêmico, cuja execução e leitura ocorre em no máximo 30 minutos e pode ser realizado tanto em pessoas sintomáticas como assintomáticas. O teste alcança valores de exatidão elevados quando comparado com FTAAbs e VDRL.

No caso do teste para investigação do HIV, a determinação do anti-HIV 1, incluindo subtipo O e anti-HIV 2 ocorre em amostras de soro, plasma ou sangue total. São imunoenaios (IE) que podem ser realizados em até 30 minutos em ambientes laboratoriais ou não (Brasil, 2013d, 2014h). Castejon *et al.* (2020), avaliando o desempenho dos testes rápidos (TR) utilizados para o diagnóstico de HIV, em relação aos ensaios convencionais em amostras de sangue, constataram que estes apresentaram elevada taxa de concordância entre os resultados obtidos dos TRs e os ensaios laboratoriais convencionais.

Os testes rápidos utilizados para triagem da infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) baseiam-se na técnica de imunocromatografia de fluxo lateral, que também permite a detecção do antígeno de superfície do HBV (HBsAg) no soro, plasma ou sangue total. Do mesmo modo, o HCV é um teste qualitativo, mas que se baseia na utilização de proteínas sintéticas e recombinantes do HCV, imobilizados em uma membrana para identificação seletiva de anticorpo anti-HCV, em amostras de soro ou sangue total (Brasil, 2014g).

De acordo com o estudo de Cruz (2014), o teste rápido pode ser uma ferramenta útil em áreas com infraestrutura mínima e baixos recursos para a realização de estudos de prevalência da infecção por HBV, mesmo que ainda existam limitações nos testes. Rodrigues Neto *et al.* (2012), estudando sobre a hepatite viral, justificaram o uso do HCV *Rapid Teste Bioeasy*, como um imunoenensaio qualitativo para detecção de anticorpos Anti-HCV, com 100% de sensibilidade e 99,4% de especificidade.

4.3.2 Exames complementares (diagnósticos) para HIV, sífilis e hepatites B e C

Entre os exames laboratoriais complementares para diagnóstico de HIV, tem-se o Elisa que permite detectar anticorpos específicos no sangue, não sendo pesquisada diretamente a presença do vírus. O exame envolve uma maior coleta de sangue em comparação ao TR e o resultado demora alguns dias. Além do Elisa, em nível laboratorial, podem ser realizados os seguintes exames para detecção do vírus: *Western blot* (WB), *Imunoblot* (IB) ou imunoenaios em linha (LIA, do inglês *Line Immuno Assay*), incluindo o *Imunoblot* Rápido (IBR) e imunofluorescência indireta (IFI), sendo que esse último fora muito utilizado como

complementar na primeira década da epidemia HIV, porém, na atualidade, foi substituído pelo WB e *Imunoblot* (Brasil, 2013d; Universidade Federal de Minas Gerais, 2023).

Realizado o diagnóstico qualitativo com um dos exames supracitados, é feito o exame de carga viral quantitativo utilizado para monitorar as células T CD4⁺ em nível laboratorial. Trata-se de um exame prognóstico da doença causada pelo vírus, um orientador para o tratamento e um indicador de risco a infecções oportunistas, sobretudo em pacientes sintomáticos (Brasil, 2009b, 2022d).

Em relação ao diagnóstico da sífilis, é necessária a correlação de dados clínicos, bem como resultados de testes diagnósticos, histórico de infecções passadas e a investigação de infecções recentes (Brasil, 2020c). Na prática clínica, os testes mais utilizados são os testes imunológicos, que são os treponêmicos e os não treponêmicos.

Os testes treponêmicos são os primeiros a apresentar resultado reagente após a infecção, na maioria dos casos, eles poderão detectar o agente causador da doença a partir de dez dias do aparecimento da lesão primária da sífilis (cancro duro), por isso são os mais indicados para iniciar a investigação da doença. Por outro lado, aproximadamente 85% dos casos permanecem reagentes durante toda a vida, independentemente do tratamento (cicatriz sorológica) (Janier *Et al.*, 2014; Schroeter *et al.*, 1972; World Health Organization, 2016). Por isso, os testes treponêmicos não devem ser utilizados para a monitorização do tratamento, além da cicatriz sorológica não há relação entre a titulação dos anticorpos treponêmicos e a indicação de doença ativa no organismo (Janier *et al.*, 2014; World Health Organization, 2016). Entre os testes treponêmicos, utilizados para a detecção da sífilis, têm-se: os testes rápidos, o teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção (FTA-Abs) – anticorpos totais; ensaio imunossorvente ligado à enzima – Elisa; teste imunológico com revelação quimiluminescente e suas derivações e testes de hemaglutinação e aglutinação (Brasil, 2021).

De modo complementar aos testes treponêmicos para diagnóstico, têm-se os testes não treponêmicos: VDRL (do inglês, *Venereal Disease Research Laboratory*), RPR (do inglês, *Rapid Plasmatic Reagin*), USR (do inglês, *Unheated Serum Reagin*) e o Trust (do inglês, *Toluidine Red Unheated Serum Test*).

Na utilização do teste não treponêmico, são realizadas diluições da amostra, a última diluição representa a reatividade que permite a determinação do título da amostra. Para investigação de casos novos, recomenda-se iniciar a investigação com testes treponêmicos, pois esses se tornam positivos antes dos não treponêmicos. Mas, caso a pessoa tenha histórico de sífilis, é recomendável iniciar a investigação com testes não treponêmicos, pela probabilidade de permanência do reagente durante toda a vida da pessoa. E mesmo a doença sendo tratada

e/ou curada, não confere imunidade, o portador poderá adquirir a infecção toda vez que for exposto ao *T. pallidum* (Brasil, 2021).

No caso das hepatites B e C, após o uso dos testes de triagem HBsAg e anti-HBc total respectivamente, recorre-se aos testes moleculares HBV-DNA e HCV-RNA na confirmação da hepatite B e C respectivamente, para confirmação diagnóstica (Castejon *et al.*, 2020). Esses testes compreendem a detecção direta da carga viral, identificada pela presença do DNA ou RNA viral (Brasil, 2021, 2022d).

4.4 POLÍTICAS VOLTADAS À PPL: UMA PERSPECTIVA EM RELAÇÃO A HIV/AIDS, HEPATITES B E C E SÍFILIS

Ainda que não fosse com intuito de controle das infecções no contexto carcerário, paralelamente à manifestação dos primeiros casos de aids no Brasil, na década de 80, foi promulgada a primeira legislação relacionada à assistência à saúde prisional, Lei de Execução Penal nº 7.210 (LEP), de 11 de julho de 1984 (Brasil, [1984]). Em seu artigo 14, a LEP assegurava ao detento assistência à saúde de caráter preventivo e curativo, a qual abrangeria o atendimento médico, farmacêutico e odontológico. E, em situações em que os estabelecimentos penais não proovessem condições estruturais ou operacionais para assistência médica, o privado de liberdade deveria ser referenciado para outro serviço resolutivo (Barsaglini, 2016; Brasil, 2010c).

Antes da LEP, as ações de saúde nesse âmbito eram pontuais. Essa legislação, juntamente com a Constituição Federal de 1988, com ordenamento das ações pelo SUS, passou a representar ao Privado de Liberdade uma responsabilização do Estado com a garantia do seu direito universal à saúde. Porém foi somente com as Portarias Interministeriais (Saúde e Justiça) nº 668/2002 e nº 1.777/2003 que o privado de liberdade ganhou maior visibilidade em seu direito à saúde (Barsaglini, 2016; Brasil, 2023).

A instituição, no ano de 2002, do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) melhorou o acesso da PPL ao sistema de saúde (Brasil, 2004a) e a Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003 (Brasil, 2003), subsidiou sua implementação. O plano instituído no primeiro ano do primeiro mandato do governo Lula, preconizava o acesso à saúde à “população privada de liberdade” no sistema penitenciário, contemplando ações de saúde à população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do

regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais (Brasil, 2004a; Lermen *et al.*, 2015).

De modo muito incipiente, as ações que contemplam o percurso de HIV, hepatites virais, sífilis e outras ISTs na população carcerária seriam abarcadas por essas primeiras legislações, voltadas à saúde nesse cenário, não como ações direcionadas, mas sim em caráter de atender agravos de urgência de saúde.

Somente no ano de 2005, ocorreu a promulgação da Resolução n.4, de 23 de novembro, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária sobre a Saúde do Sistema Prisional, que reforça a necessidade de considerar os Protocolos Clínicos de Tratamento para HIV, Hepatites B e C, Tuberculose, Sífilis e outras ISTs. Recomenda que os conselheiros penitenciários dos estados e do Distrito Federal programassem ações e medidas para prevenção da transmissão dessas infecções, por meio de serviços médicos ou odontológicos, prevenindo a transmissão, realizando profilaxia pós-exposição de risco e testagem, aconselhamento e/ou orientações pré e pós-realização da testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C (Brasil, 2005b).

Além disso, nessa Resolução são recomendadas intervenções para prevenção da transmissão vertical, mãe para filho, incluindo o planejamento familiar e terapia antirretroviral, disponível a todas as mulheres privadas de liberdade, em consonância com as diretrizes do SUS. Crianças nascidas de mães que vivem com HIV, sífilis e/ou hepatites nas prisões deveriam ser acompanhadas, de acordo com o protocolo nacional (Brasil, 2005b).

No ano de 2014, a Portaria nº. 1.777 foi revogada, com a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), no âmbito do SUS. As ISTs/aids agora passam a ter maior destaque entre áreas prioritárias antes reconhecidas pelo PNSSP (Barbosa *et al.*, 2014). Nessa Política, as unidades prisionais (UPs) são reafirmadas como locais da atenção básica, considerando o âmbito da Rede SUS, sendo previsto para essas unidades assistência integral, resolutiva e contínua às necessidades de saúde, além de controle e redução dos agravos mais prevalentes que acometem o sistema prisional (Brasil, 2014d).

O público-alvo da Pnaisp constituía pessoas em regime provisório, sentenciadas ou em medida de segurança, todas tuteladas pelo Estado. E o artigo 8º da Política ampliou a população beneficiada para: “os trabalhadores em serviços penais, os familiares e as demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade, os quais passariam a ser envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da Pnaisp” (Brasil, 2014e, p. 19).

A partir da Pnaisp, a PPL com agravos de saúde, como aqueles relacionados às infecções por HIV/aids, hepatites e sífilis, passaria a ser assistida por equipes internas das unidades prisionais, essas desenvolveriam ações segundo atribuições e funções da Atenção Primária à Saúde (APS), encaminhando, quando necessário, para pontos de atendimentos específicos da rede de assistência à saúde (Lima, F. R. M. U. *et al.*, 2017).

Além disso, há um significativo enfrentamento de infecções transmissíveis no cenário nacional. No contexto prisional, no ano de 2018, o Ministério de Segurança Pública e Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária promulgaram a Resolução nº 3, de 7 junho de 2018, recomendando ações e medidas essenciais para o enfrentamento à epidemia de infecções transmissíveis. Tais ações e medidas propuseram o acesso às informações sobre as profilaxias pós-exposição a HIV/aids, sífilis e hepatites virais às pessoas privadas de liberdade, funcionários da saúde e outros trabalhadores do sistema prisional. Acrescenta-se ainda o acesso a programas de aconselhamento e testagem voluntária para essas doenças, a qualquer momento e durante todo o seu período de detenção. A resolução recomendava também que agentes penitenciários e trabalhadores de estabelecimentos prisionais recebessem informação, educação e formação sobre HIV/aids, hepatites virais e TB, para que pudessem exercer suas funções de uma forma saudável e segura (Brasil, 2018f).

A partir desse endosso de políticas e organização da estrutura interna dos serviços de saúde prisional, haveria de se conceber o ambiente carcerário como um cenário capaz de promover uma parcela de cuidado voltado ao controle das infecções, com oferta de terapia antirretroviral, ações voltadas a comorbidades, envolvendo drogadição, TB e infecções sexualmente transmissíveis. Contudo, verifica-se que ações de promoção e prevenção em saúde ainda são prestadas de modo insuficiente a essa população (Bossonario *et al.*, 2020; Lima, F. R. M. U. *et al.*, 2017; Valera; Chang; Lian, 2017).

De acordo com Soares Filho e Bueno (2016), a inexistência ou limitadas ações de promoção da saúde e/ou ações de prevenção de agravos com cuidado integral revelam um modelo semelhante aos moldes da LEP (primeira legislação voltada à saúde no âmbito prisional), ou seja, um modelo de ambulatório que atende somente à demanda espontânea, com ineficiência de planejamentos e mapeamentos de saúde, o que contribui, cada vez mais, para a ocorrência e prevalência de casos dessas infecções no contexto prisional.

4.5 DO “COMPORTAMENTO DE RISCO” A “DIMENSÕES DE VULNERABILIDADE”: PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS AO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA DA PPL NAS PRISÕES, SOBRETUDO ENTRE AS MULHERES

A busca pelo entendimento e pela utilização do termo “vulnerabilidade” surge justamente no início dos anos de 1980, com estudos sobre a aids e compartilhamento de conceitos dos Direitos Humanos. Cavia três fases distintas naquele momento: a primeira caracterizada pelo conceito de “grupos de risco”, relacionando apenas os infectados pelo HIV, na época homens e homossexuais com alto nível de escolaridade. Sendo marcantes as ideias individualizantes, as quais posteriormente os rumos e a evolução da epidemia iriam redefinir um novo perfil das pessoas atingidas e variáveis socioeconômicas (Campos *et al.*, 2014; Corrêa, 2010; Monguilhott *et al.*, 2016; Muñoz Sánchez; Bertolozzi, 2007; Paiva; Teixeira, 2014).

Na segunda fase, a doença atingia um quantitativo maior de heterossexuais, dando origem ao termo “comportamento de risco”, considerando o elevado número de contaminações por uso de drogas injetáveis e o excesso de ingestão de bebida alcoólica. Com uma ideia mais culpabilizante e restritiva, essa fase ignora o impacto de diversos fatores, como diferenças de renda, cor, classe social e outros, na constituição do risco para a transmissão do HIV (Paulilo; Jeolás, 2000).

Ainda assim, o contexto de infecções transmissíveis permitiu o entendimento e a avaliação da complexidade de aspectos individuais e coletivos em relação à exposição ao vírus e ao acometimento pela doença (Ayres *et al.*, 2003; Mann; Tarantola; Netter, 1993), uma vez que substituída ideias rotuladas e geradoras de preconceito, como grupos de risco para comportamento de risco, dando enfoque aos aspectos comportamentais individuais relacionados à prevenção, em detrimento de características relacionadas à construção social e cultural da epidemia (Garcia; Souza, 2010).

Por conseguinte, há, na terceira fase, uma demanda para a adoção do conceito de “vulnerabilidade”, indicando a ampliação das chances e formas de acometimento pela doença, pela totalidade da população. Nessa fase, são predominantes o aumento de casos no sexo feminino, pessoas com baixa escolaridade e a interiorização da aids (Campos *et al.*, 2014; Corrêa, 2010; Monguilhott *et al.*, 2016; Muñoz Sánchez; Bertolozzi, 2007; Paiva; Teixeira, 2014).

Os conceitos e o entendimento atribuídos às três fases e as mudanças nas abordagens epidemiológicas de “grupos de risco” para “comportamentos de risco” e, posteriormente, para “vulnerabilidade” permitiram a ampliação do foco de atenção da infecção para a sociedade

como um todo e não apenas para grupos isolados, ainda que tal mudança de perspectiva não fosse capaz de promover uma mudança efetiva, relacionada ao estigma associado à doença na sociedade (Guilhem, 2005).

Assim, a partir desses levantamentos, o emprego atual do termo “vulnerabilidade” passou a ser entendido como algo complexo e amplo, como desde a precariedade no acesso à renda e aos serviços de saúde, como também as fragilidades de vínculos afetivos (como a rotatividade de parceiros sexuais), associados à desigualdade de acesso a bens e serviços públicos, que, porventura, deixariam o indivíduo mais “vulnerável” às infecções (Damante; Ferreira; Maito, 2019).

Em relação às dimensões apresentadas acima e conteúdos trabalhados nessa revisão, depreende-se o quanto a população privada de liberdade se acentua entre populações específicas, por sua situação de vulnerabilidade. De acordo com a classificação do Ministério da Saúde (Brasil, 2005a), a PPL assume comportamentos de risco e alta vulnerabilidade para a infecção por não possuírem acesso a ações e serviços de saúde como a população em geral (Paulon; Romagnoli, 2018).

Além disso, vários fatores contribuem ainda mais para vulnerabilidade dessa população, em especial: o local de alto risco e periculosidade, uma maior exposição a diversos tipos de violências, uma maior possibilidade de transmissão de doenças infecciosas, advinda sobretudo de comportamentos sexuais inadequados, devido ao confinamento e à superlotação, problemáticas relacionados ao acesso à rede de atenção à saúde, ineficácia da vigilância epidemiológica e a não prioridade em relação às políticas públicas voltadas ao enfrentamento de infecções transmissíveis nessa população (Chen *et al.*, 2013; Soares Filho; Bueno, 2016; Sousa, K. A. A. *et al.*, 2017; Strathdee *et al.*, 2015).

Tais fatores sugerem um enfoque à vulnerabilidade social, programática e individual sofrida pela população que vive nesse cenário. Somam-se fatores relacionados a vínculos afetivos rompidos, à instabilidade emocional, à pouca motivação, à baixa autoestima e, de uma forma geral, à exclusão vivenciada pelo privado de liberdade (Onofre; Julião, 2013). Percebe-se que, sem considerar esses aspectos de vulnerabilidade na PPL, ações de promoção e prevenção em saúde ainda são prestadas de modo insuficiente (Bossonario *et al.*, 2020; Lima, F. R. M. U. *et al.*, 2017; Valera; Chang; Lian, 2017).

De fato, torna-se extremamente importante a realização de uma abordagem diferenciada, voltada para o reconhecimento das problemáticas que envolvem as prisões e o processo de saúde e adoecimento da PPL nesse âmbito.

Desfechos negativos relacionados à transmissão de doenças, por vezes, são consequências da drogadição, seu uso prejudicial e a dependência. Trata-se de uma problemática nas penitenciárias de muitos países, incluindo o Brasil. Além disso, tendem a ocorrer outras comorbidades associadas, como: transtornos mentais, suicídio e agressões no percurso de aquisição e transmissão das infecções (Chang *et al.*, 2015; Fazel; Bains; Doll, 2006; Fazel; Ramesh; Hawton, 2017; Mir *et al.*, 2015; Rivlin *et al.*, 2010; Rubenstein *et al.*, 2016; Teasdale *et al.*, 2016).

Potencializam-se os sintomas físicos e mentais decorrentes da situação prisional, a precarização dos cuidados preventivos e curativos oferecidos aos presos, ainda que estes cuidados estejam previstos em leis, a oferta deles, comumente, acaba por descumprir a Pnaisp (Minayo; Ribeiro, 2016).

Outros fatores ainda podem piorar a situação de saúde dos detentos, como o baixo número de profissionais e materiais para assistência em saúde no ambiente prisional. São realidades que levam o privado de liberdade que foi condicionado à prisão, por vezes, em condição sadia, a ser liberado portando uma doença ou com resistência corporal e saúde fragilizadas. Trata-se da chamada “penalização dupla do condenado”, da qual ele é punido com a prisão e o adoecimento de seu estado de saúde, durante a sua permanência no cárcere (Diego *et al.*, 2009; Marques *et al.*, 2015; Menezes; Menezes, 2014; Ribeiro; Silva, 2013).

Além disso, as problemáticas relacionadas ao cárcere no país não começam em seu interior, mas fora dele. Relacionam-se, não raramente, à violência estrutural, que é aquela relacionada às diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas em relação às outras. A violência estrutural está no cerne de muitas omissões e violações de direitos por parte do Estado e atinge, em especial, as populações mais pobres e as que vivem em contextos vulneráveis (Minayo, 2005).

Em relação ao direito à saúde, garantido pela Constituição, pode-se deduzir que este ainda não está efetivado para as pessoas privadas de liberdade. Somente nos últimos anos, ocorreram ações governamentais que visavam a uma reintegração social da PPL pela educação, trabalho e saúde (Valim; Daibem; Hossne, 2018). Tal fato permite constatar que há um paradoxo apresentado entre a legislação brasileira e a realidade prisional do país, uma separação do direito à saúde constitucional daquele vivenciado no cotidiano dos serviços prisionais. Ao restringir serviços essenciais mínimos, não é garantida uma rede de atenção capaz de olhar para essa população como pertencente à sociedade e, assim, descumpre-se a universalidade, a equidade e a integralidade (Graça *et al.*, 2018; Martins, E. L. C. *et al.*, 2014).

Para Marques *et al.* (2015), a crise do sistema penitenciário brasileiro reflete a carência das políticas sociais e modalidades de desamparo e (des)proteção social no Brasil em áreas fundamentais como: educação, saúde, moradia e emprego. Os desprovidos dessas formas mais elementares de proteção social, ao transgredirem a lei, são confinados e abandonados, tornando-se socialmente invisíveis. Embora a condição de privação de liberdade represente uma oportunidade de intervenção, fatores implicados no próprio confinamento podem estar relacionados com fragilidades para a implementação de políticas públicas de saúde (Valença *et al.*, 2016).

Em um contexto prisional de hierarquia e caracterizado por conflitos e tensões entre os diferentes grupos sociais, restrições ao acesso a ações e serviços de saúde não se limitam somente às barreiras colocadas pelas grades ou por deficiências na administração e controle do tratamento. Relacionam-se também à concepção de saúde como um privilégio de alguns, e sua utilização como moeda de troca, o que constitui a percepção e a hierarquização dos riscos à vida e à saúde, que orientam as ações de presos, agentes penitenciários e profissionais de saúde (Castro *et al.*, 2008).

Há duas importantes razões que devem pautar o processo de saúde e doença dentro do sistema prisional. A primeira é que a saúde das pessoas privadas de liberdade tem grande impacto na saúde pública, porque algumas doenças e agravos são bem mais prevalentes nessa população em comparação com a população geral e refletirão na comunidade, se não forem tratadas. A segunda razão se refere à possibilidade de reduzir as iniquidades em saúde, considerando que as pessoas privadas de liberdade geralmente tiveram menos condições socioeconômicas (Santos, A. S.; Lemos; Croda, 2020; World Health Organization, 2014).

Contudo, transpor um modelo de privação de liberdade que reconhece “parcialmente” o direito à saúde ainda é um desafio (Verdi; Matias; Garcia Júnior, 2015), entre as vertentes, destaca-se a necessidade de entendimento e do reconhecimento de seus principais agravos. Como ilustrado no decorrer desta revisão, os dados relacionados a vulnerabilidade e prevalência sobre IST/HIV/aids em presídios brasileiros são escassos, ao contrário de outras infecções, não há “origem prisional” nas fichas de notificação compulsória para HIV, hepatites B e C e sífilis e não existem relatos suficientes que determinem a real situação e dimensionamento do problema no sistema penitenciário. Trata-se de uma realidade que traz provocações para a investigação e o entendimento sobre tais sujeitos e seus contextos, a PPL e as prisões.

5 MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um inquérito epidemiológico realizado por meio de censo com todas as mulheres privadas de liberdade independente do regime prisional, maiores de 18 anos, reclusas no anexo feminino Eliane Betti, da Penitenciária José Edson Cavaliere, localizada na cidade de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais, no período de setembro de 2021 a janeiro de 2022. Este inquérito buscou investigar as variáveis relacionadas à situação de saúde e adoecimento dessas mulheres, associados às infecções por HIV/aids, hepatites B e C e sífilis.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Esleu-se como cenário deste estudo o anexo feminino Eliane Betti, da Penitenciária José Edson Cavaliere (Pjec), no município de Juiz de Fora/Minas Gerais. A cidade é a sede da 4ª Região Integrada de Segurança Pública, composta de quatro unidades prisionais, e possui um dos maiores números de estabelecimentos e a maior concentração de detentos, considerando as demais regionais de Minas Gerais (Minas Gerais, 2020).

A Penitenciária José Edson Cavaliere (PJE) foi projetada com uma capacidade para: 180 vagas para mulheres e 982 vagas para homens. Ela foi inaugurada em 1966 e é uma das mais antigas do estado. Passou por várias ampliações, entre elas a inauguração do anexo feminino em 2018. Pode-se afirmar que, no momento desta pesquisa, o anexo prisional é considerado a única unidade prisional feminina do Sistema Prisional do município de Juiz de Fora, acautelando tanto mulheres do município como de outros municípios que compõem sua regional. O anexo Eliane Betti foi estruturado para receber mulheres em regimes semiaberto e fechado (Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2022; Carneiro, 2018).

No momento inicial da coleta de dados, 22/09/21, a unidade contava com 206 acauteladas para 180 vagas. Esse quantitativo tornou-se crescente ao longo do período, e, em visita da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG), em 11/05/22, foi verificado um quantitativo de 224 mulheres para 180 vagas (Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2022).

A Unidade Prisional José Edson Cavaliere (Pjec), além dos anexos com celas, conta com uma unidade administrativa e dois núcleos voltados para a população carcerária. Um núcleo é o escolar, composto de seis profissionais administrativos e 18 professores. No

momento da coleta de dados, obteve-se a informação de que o núcleo atendia aproximadamente 180 alunos. A proposta de formação escolar para a população carcerária, na unidade, contava com dois projetos profissionalizantes, um curso de panificação e uma oficina de costura (cuja parte da produção se destinou à população em contextos de agravos de saúde, como no caso das máscaras, confeccionadas durante a pandemia do coronavírus). Além disso, nessa oficina, mulheres com “bom comportamento” teriam a possibilidade de trabalhar e converter os dias trabalhados em redução de sua pena.

No âmbito da saúde, a unidade prisional conta com um “núcleo de saúde”, com os seguintes profissionais: seis assistentes sociais; uma farmacêutica; duas enfermeiras; cinco técnicos em enfermagem; quatro médicos; quatro psicólogos; dois dentistas e uma assistente administrativa. Esses profissionais realizam atendimento no próprio núcleo de saúde, com apoio e logística da equipe de segurança que faz a “escolta” das mulheres até a unidade ou, sendo necessário e conforme o caso, os profissionais de saúde realizam atendimento no próprio pavilhão, em salas de atendimento específicas para essa finalidade. Os profissionais “dividem a ocupação” dessas salas com o atendimento de advogados, sendo prioritário o atendimento jurídico, segundo o relatado.

Em relação à presente pesquisa, o núcleo de saúde foi nosso apoio com vistas à comunicação com o pavilhão e equipe de segurança penitenciária e ao agendamento junto ao pavilhão dos nossos atendimentos para testagem. Como a equipe de pesquisa é composta de enfermeiras graduadas, inserimo-nos nesse cenário também como profissionais de saúde, com a proposta desse atendimento (pré, pós-aconselhamento e testagem). O núcleo ofertou apoio, ainda, no preparo dos impressos com registros necessários, informações penitenciárias (Infopen) de cada acautelada para serem realizadas as coletas de exames complementares, nos casos suspeitos com necessidade de confirmação diagnóstica, preparo dos impressos com número de registro (Infopen) das acauteladas para envio das amostras ao laboratório de referência do estado ou município. No núcleo, as acauteladas passavam pelas consultas e administração de medicações para algumas infecções que foram rastreadas e/ou confirmadas. Especificamente, o tratamento de sífilis ocorria nas dependências do próprio núcleo, a dispensação de medicações como coquetéis para HIV/aids ou hepatites ou tuberculose foi feita nesse cenário ou na cela também, a depender da situação da privada de liberdade.

O referenciamento aos serviços especializados como HU e/ou SAE contava com o núcleo para organização da “escolta” junto à equipe de segurança para o itinerário das acauteladas aos respectivos serviços de referência da rede de saúde.

5.2.1 Instituições parceiras do estudo na rede de saúde do município

Esta pesquisa contou com a parceria e apoio da Prefeitura de Juiz de Fora, Secretaria de Estado e Segurança Pública e Universidade Federal de Juiz de Fora, por meio das seguintes instituições que compõem o itinerário da rede de acompanhamento e tratamento de casos suspeitos e/ou confirmados para HIV/aids, hepatites B e C e Sífilis entre a população carcerária. Foram as seguintes instituições parceiras:

5.2.1.1 *Serviço de Testagem e Aconselhamento (CTA)/ Departamento DST/aids – Juiz de Fora/Centro em Vigilância em Saúde*

O serviço tem como objetivo promover aconselhamento e a testagem gratuita para HIV, sífilis, hepatites B e C. Além destes, realizam orientações considerando as necessidades singulares de cada usuário, sobre a prevenção às infecções sexuais transmissíveis (ISTs) e HIV/aids, com enfoque na redução de riscos e danos. O serviço também oferta insumos, tais como: preservativos feminino e masculino, gel lubrificante e profilaxias pós-exposição (PEP) e pré-exposição (PrEP) (Juiz de Fora, c2021).

Neste estudo, esse serviço foi parceiro fundamental, ofertando: treinamento prático para coleta de exames, os testes a serem utilizados na coleta e direcionamento dos impressos necessários e padronizados para a solicitação de exames complementares, tais como impressos de solicitação de carga viral das hepatites B e C.

Além disso, fez-se necessário atribuir os registros dos testes e resultados à rede SUS. Os resultados eram protocolados no prontuário de saúde das mulheres no núcleo de saúde e os registros dos testes foram encaminhados ao CTA para controle. Desse modo, as mulheres poderiam dar continuidade ao tratamento referenciado pelo próprio sistema prisional, ou, caso tivessem liberdade, já teriam seus registros arquivados no serviço CTA para consulta.

5.2.1.2 *Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/aids/ Departamento DST/aids – Juiz de Fora/Centro em Vigilância em Saúde.*

O serviço é um ambulatório da rede SUS que realiza assistência às pessoas portadoras de vírus HIV/aids, através de uma equipe multiprofissional, composta de: médicos, psicólogo, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, assistente social e farmacêuticos. O serviço tem como enfoque a oferta e assistência humanizada, considerando a atenção integral ao

indivíduo e as demandas de cada um, com o objetivo da melhoria de qualidade de vida dos portadores de HIV/aids (Juiz de Fora, c2021).

A partir dos achados do presente estudo, foi encaminhado ao serviço um caso novo de HIV entre as acauteladas; e referenciadas pacientes já portadoras do HIV, nas quais se detectavam outras patologias (sífilis e/ou hepatites B ou C) e/ou a necessidade de controle de carga viral do HIV. No caso da sífilis, mesmo já sendo pacientes do SAE, o tratamento ocorria no próprio núcleo de saúde do sistema prisional. Já os casos de hepatite B e C, estes eram direcionados ao SAE e os resultados para agendamento de atendimento clínico eram realizados no centro de referência para hepatites virais do hospital universitário.

5.2.1.3 Centro de Referência em Hepatologia UFJF/Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-CAS).

O serviço ambulatorial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFJF/Ebserh) é uma referência no atendimento de hepatites virais na cidade e região. No ano de 2021, contava com quase 2 mil pacientes cadastrados para tratamento de hepatites B e C crônicas. Entre eles, indivíduos da população carcerária portadores dessas patologias, uma vez que o tratamento é universal e garantido pelo SUS (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020, 2021).

Nesse projeto, não ocorreu uma comunicação direta com o Centro de Referência, porém esse cenário está inserido na rede de saúde do município no atendimento às infecções transmissíveis, por isso foi colaborador no atendimento dos casos confirmados para hepatites B e C entre as mulheres privadas de liberdade, as quais eram referenciadas a esse serviço dentro da rede SUS.

5.2.1.4 Laboratório Central (Lacen) da Secretaria de Saúde (SS) da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF)

O laboratório é referência no município para exames em: hematologia, bioquímica, hormônios, urina, fezes e imunologia. O Lacen atende à demanda de diversos estabelecimentos locais, tais como: Unidades Básicas de Saúde (UBSs); Departamento de Internação Domiciliar (DID); Consultório de Rua; Banco de Leite; Serviço de Atendimento Especializado (SAE); Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (Juiz de Fora, 2021).

No presente estudo, o laboratório foi referência ao encaminhamento dos exames complementares de carga viral suspeitos para hepatites virais B e C.

5.2.1.5 *Laboratório de análises clínicas da Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (Acispes).*

O laboratório surge para dar assistência à demanda dos municípios consorciados e, além destes, também supre as demandas relacionadas a: sorologia, bioquímica, hematologia de unidades de saúde e de programas da Prefeitura de Juiz de Fora e Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública, as quais são unidades do Sistema Prisional (Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra, 2023).

No presente estudo, o laboratório foi referência ao encaminhamento dos exames complementares não treponêmicos como VDRL e exames sorológicos para hepatites B e C.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Como critérios de inclusão no estudo, poderiam participar todas as mulheres privadas de liberdade detidas no anexo feminino Eliane Betti, da Penitenciária José Edson Cavaliere com idade mínima de 18 anos, independentemente do tempo de acautelamento, em regime provisório, fechado ou semiaberto, registradas no Sistema de Informações Penitenciárias daquele estabelecimento, uma vez que a “lista de relação de pessoas encarceradas” foi fornecida pela unidade prisional na data de início da coleta de dados (setembro/2021), quantificando uma amostra de 206 mulheres ao total (162 em regime fechado e 44 em semiaberto) que estivessem encarceradas no anexo no período entre setembro de 2021 e janeiro de 2022. Importante esclarecer que foram incluídas somente as mulheres que constavam inicialmente na listagem disponibilizada pela penitenciária, não sendo aceitas para inclusão a entrada de mulheres posterior à data inicial do estudo, ou seja, inclusão posterior na lista/anexo feminino fornecida pela unidade.

Como critérios de exclusão e considerando a dinâmica de entradas e saídas no sistema, foram excluídas as mulheres que entraram no sistema prisional após a disponibilização da lista inicial fornecida pela penitenciária para a pesquisa, aquelas que se encontravam ausentes na penitenciária no período da coleta de dados e consequente realização da testagem de rastreio por motivo de internação hospitalar, saída temporária e/ou transferência no decorrer do período da coleta.

Foram contabilizadas 32 mulheres nessa condição, uma por transferência para outra unidade prisional e 31 que se encontravam em saída temporária não retornando à unidade em tempo para o período da coleta. O benefício de saída temporária é previsto na Lei de Execução Penal e concedido à encarcerada que esteja sob regime semiaberto e tenha cumprido um sexto da pena ou um quarto (Minas Gerais, 2016).

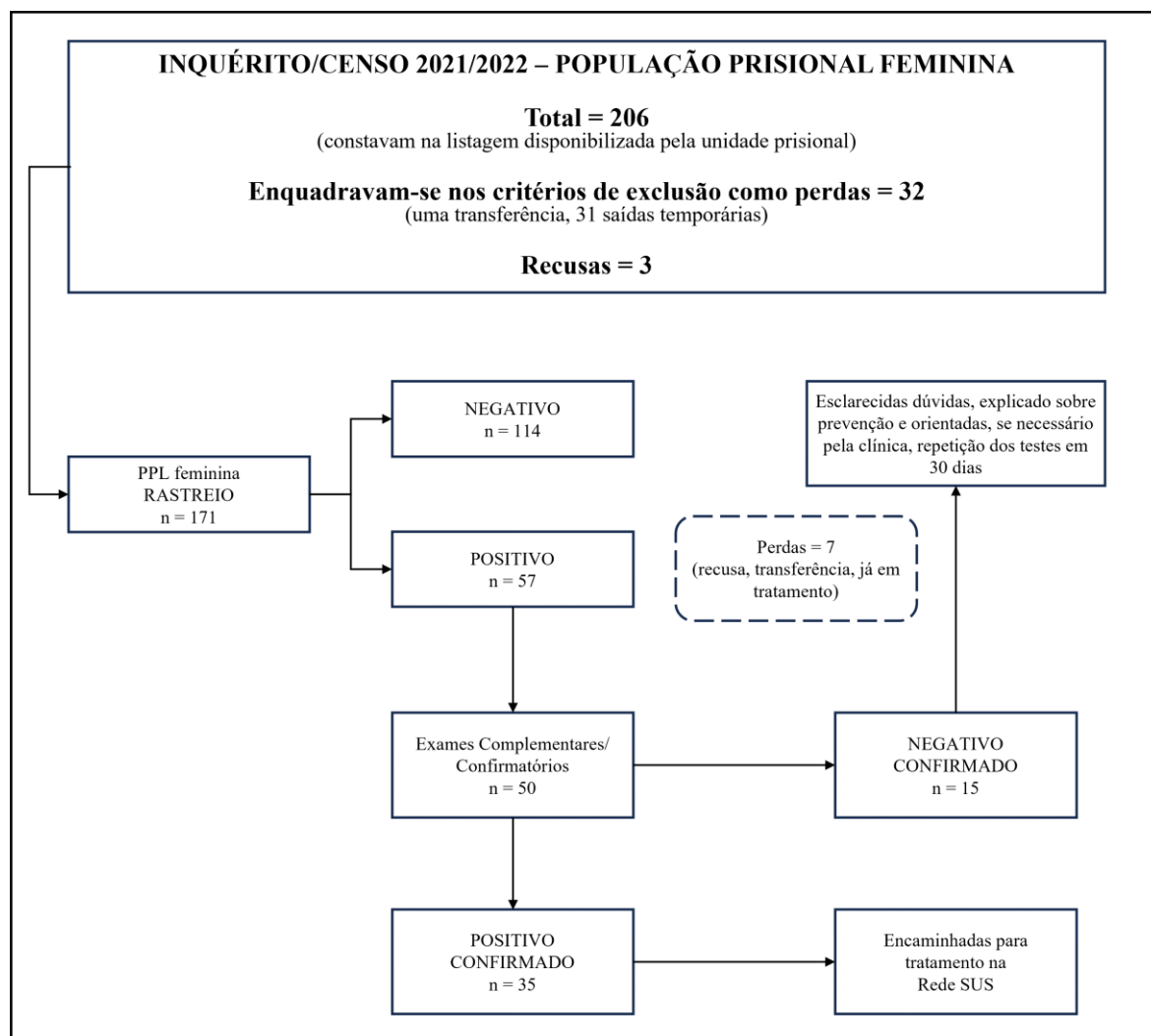
Entre setembro/2021 e janeiro/2022, as mulheres foram convidadas e os testes realizados. Durante a coleta de dados, com os testes de rastreio, contabilizamos três recusas em participar do estudo e realizar os testes.

Destaca-se que se realizou durante o período da pesquisa mais de uma tentativa de coleta com as mulheres que inicialmente foram contabilizadas como perdas, após esgotadas as tentativas no período estimado de quatro meses de coleta, estas foram consideradas perdas. Não foi possível realizar recorrentes tentativas de abordagem além do período estabelecido para coleta, uma vez que se vivenciava ainda o período da pandemia de covid-19 e medidas sanitárias eram estabelecidas, logo o acesso de ir e vir da equipe de pesquisa era restrito, considerando todos os cuidados de prevenção à transmissão de infecções necessários ao contexto epidemiológico local.

Considerando as recusas e exclusões relacionadas acima, das 206 mulheres inicialmente que constavam na lista de acauteladas do cenário, 32 enquadravam-se no critério de exclusão como perdas e três recusas foram contabilizadas. Sendo possível, portanto, realizar os testes de rastreio em uma população total de 171 mulheres. Destas, foram rastreadas 57 mulheres com resultado reagente para algumas das infecções por HIV/aids, hepatites B e C e sífilis, conforme ilustra o diagrama da amostra na Figura 1.

Das 57 mulheres rastreadas como reagentes positivos, seguiu-se a coleta para os exames confirmatórios/definitivos. Nessa etapa, sete mulheres foram consideradas como perdas, por motivo de recusa, transferência e/ou já estar em tratamento no SAE. Nesse último caso, sendo paciente do serviço, seria opcional à acautelada que os exames complementares fossem coletados pelas pesquisadoras no sistema prisional, ou na data da consulta ao serviço especializado.

Fluxograma 1 – Diagrama descritivo da população do estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Para contemplar os objetivos propostos neste estudo, o projeto foi apresentado ao Ministério da Justiça do Estado de Minas Gerais (Anexo A), que, por conseguinte, o reenviou aos respectivos responsáveis/diretores das instituições prisionais que compõem o Sistema Prisional do município de Juiz de Fora, sendo feita a apreciação e aceite por eles e pela Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais - Sejusp/MG (Anexo B). Foi também apresentado com anuência e autorização à Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora/MG (Anexo C).

Posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), obedecendo à Resolução nº 466, de 12 de

dezembro de 2012 (Brasil, 2013b) da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), sendo apreciado e aprovado, sob o Parecer nº. 3.784.839, no dia 19 de dezembro de 2019 (Anexo D).

Este estudo apresentou riscos mínimos às participantes. Estes poderiam estar relacionados à possibilidade de cansaço, constrangimento ou desconforto em participar da avaliação clínica e/ou responder ao roteiro individual. Para minimizar a ocorrência de tal situação, foi ofertado local privado para a coleta de dados e as participantes foram informadas sobre o sigilo e a preservação dos seus dados. Foi assegurado ainda que esse momento ocorreria no menor tempo possível, evitando interrupções desnecessárias. Foi informado o tempo que levaria a participação em cada etapa para minimizar ansiedade e estresse e, se a participante desejasse, poderiam ser estabelecidas interrupções ao longo da consulta e roteiro para descanso.

Outro risco mínimo seria que as participantes poderiam sentir medo e desconforto em submeter-se aos exames e poderia ocorrer algum sangramento ou dor local durante a realização dos testes rápidos para o diagnóstico das doenças infectocontagiosas. Para minimizar tal possibilidade, foi explicado como eram feitos os exames e quais materiais seriam utilizados. Os testes foram realizados seguindo toda a técnica asséptica preconizada e foi ofertado algodão para estancar o sangramento e, sendo necessário, gelo para minimizar a dor e o desconforto. As participantes foram informadas ainda de que tais eventos, dor e sangramento, tenderiam a parar em alguns minutos.

Além disso, as participantes poderiam sentir-se constrangidas e com alterações na autoestima mediante o resultado dos testes rápidos. Para minimizar o constrangimento com o resultado dos testes, foi ofertado à participante local privado e lhe informada e assegurada a confidencialidade e o sigilo das informações dos testes. Também foi informado sobre o encaminhamento para confirmação diagnóstica e que ela teria a garantia de tratamento, se necessário. Em todas as etapas, as pesquisadoras agiram com ética profissional e ressaltaram que as privadas de liberdade deveriam sentir-se confortáveis para a permanência no estudo e que poderiam se recusar a participar em qualquer momento ou etapa da pesquisa.

Antes de iniciar a consulta, foi apresentado às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), sendo realizada a leitura do mesmo e esclarecido todos os objetivos do estudo, informando-lhes que sua participação seguiria os preceitos éticos como o direito de escolha em participar ou não da pesquisa, sendo assegurada a confidencialidade dos dados informados. Em concordância com a pesquisa, foi solicitado o seu consentimento por escrito ou colhida a impressão digital da participante que alegasse não saber assinar seu nome, para que os dados fossem trabalhados e divulgados, mantendo o seu anonimato. O TCLE (Apêndice A) foi assinado em duas vias, uma ficará com o participante em

seu prontuário de saúde e a outra ficará arquivada com as pesquisadoras por um período de cinco anos para consultas futuras, se necessário, e em atendimento aos preceitos da Resolução nº 466/2012-CNS (Brasil, 2013b).

No que tange aos benefícios do estudo para as participantes, estas se relacionaram à identificação de demandas e ao planejamento de futuras ações de intervenção em saúde. As mulheres privadas de liberdade que participaram do estudo receberão aconselhamento e encaminhamento, de forma universal pelo SUS, com acesso a resultados, tratamento e seguimento na rede, quando necessário. De modo geral, os benefícios coletivos foram também a possibilidade de estabelecer ações mais efetivas para controle, diagnóstico e tratamento das doenças infectocontagiosas por meio do rastreamento precoce, possibilitando condutas para uma melhora na condição de saúde e cuidado das mulheres privadas de liberdade.

Buscou-se ainda como benefícios com este estudo a oferta de subsídios para que o rastreamento, a identificação precoce e o tratamento possam ser oportunos entre mulheres privadas de liberdade no Sistema Prisional do município de Juiz de Fora/MG.

5.5 COLETA DE DADOS

Este inquérito epidemiológico realizado por meio de censo foi conduzido através de visitas à Unidade Prisional José Edson Cavaliere, durante aproximadamente três meses, entre setembro/2021 e janeiro/2022. Para garantia do rastreamento de todas as acauteladas, a população foi recrutada no momento que era escoltada a algum tipo de atendimento no núcleo de saúde e/ou no pavilhão por cela, a partir de listagem nominal fornecida pela administração da Unidade Prisional, respeitando critérios de organização, segurança, disponibilidade das agentes prisionais em escoltá-las e principalmente o aceite dessas mulheres para participação na pesquisa. Esse processo foi organizado e combinado previamente com a Unidade Prisional e núcleo de saúde e sofreu alterações mediante critérios dos mesmos e disponibilidade das mulheres em participar voluntariamente do estudo, respeitando sua decisão em optar (ou não) pela participação.

Ao realizar o convite para participar do estudo, foram entregues os TCLEs às participantes, enfatizando sobretudo: objetivos, metodologia, riscos e benefícios em participar do estudo e esclarecendo que se tratava de testes de detecção de infecções, as quais (embora o HIV não tenha cura) são infecções tratáveis, permitindo uma melhor qualidade de vida. Foi esclarecida ainda a formação da equipe de pesquisa, seu vínculo com a universidade pública em parceria com o serviço de saúde, portanto sem vínculo com o sistema prisional, destacando

também a finalidade do estudo. Ao final, as acauteladas eram arguidas no sentido de averiguar se tinham alguma dúvida sobre o assunto e se gostariam de perguntar/esclarecer algo. Foi informado que sua participação seguiria os preceitos éticos, como: o direito na escolha em participar ou não, sendo assegurada a confidencialidade dos dados informados e, inclusive, que os resultados seriam anexados com todo sigilo e cuidado em seu prontuário de saúde, no núcleo e que, por ser um documento individual, as detentas poderiam solicitá-lo, tão logo desejassem. Além disso, para aquelas que tinham dificuldade de leitura do conteúdo, o termo foi lido e explicado e esclarecidas palavras ou expressões ou mesmo aspectos que gerassem dúvida. Ilustra-se que, nesse momento, foram recorrentes perguntas sobre os mecanismos de transmissão das infecções.

Ao final da leitura, atestando sua concordância em participar de forma livre e esclarecida, as participantes assinaram o termo e/ou constatada ou relatada a dificuldade em assinar o termo, foi ofertada a possibilidade de impressão digital, principalmente às que alegarem não saber assinar seu nome. Os termos foram confeccionados em duas vias, uma direcionada a elas e a outra ficou em posse da equipe de pesquisa. Foi esclarecido ainda que a não disponibilidade em participar do estudo não implicaria mudança na forma como elas seriam tratadas no sistema e/ou não acarretaria nenhuma punição/implicação, caso não aceitassem participar.

Em posse dos termos datados e assinados, a consulta e a coleta foram conduzidas em local privado, preservando a individualidade das mulheres, mantendo sigilo e privacidade sobre suas falas e resultados. Nesse sentido, ainda que houvesse questões de segurança implicadas, foi solicitado à responsável pela equipe de agentes penitenciárias que ficássemos sozinhas com as mulheres em uma sala reservada que, por ora, era no núcleo de saúde ou no próprio pavilhão Eliane Betti, a fim de manter o sigilo dos dados e resultados, conforme orienta o protocolo de rastreio para infecções transmissíveis. Essa conduta foi seguida em todas as consultas, ainda que algumas precisassem ser mantidas algemadas, considerando a periculosidade relatada pelas agentes.

Durante a coleta de dados, a equipe de pesquisa utilizou alguns instrumentos que serão detalhados a seguir.

5.5.1 Instrumentos de coleta de dados

5.5.1.1 Roteiro estruturado para a população privada de liberdade feminina

O roteiro foi construído com base no protocolo nacional para investigação e controle das doenças infectocontagiosas (Brasil, 2009b) e protocolos de vigilância e controle de agravos infectocontagiosos prevalentes no Brasil (Moura, A. S., 2016), buscando considerar o contexto de vulnerabilidade a que estariam sujeitas as mulheres em privação de liberdade.

O roteiro buscou descrever o perfil sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação antes do encarceramento e tempo do permanência no sistema prisional); clínico-epidemiológico (por meio da história de saúde, se possuíam alguma doença crônica não transmissível; se foram ou são portadoras de alguma doença infecciosa; ou alguém próximo), avaliando ainda a condição de saúde e adoecimento e acesso aos bens e serviços de saúde (situação vacinal; se faziam uso de medicamentos; se passaram por atendimento de saúde e/ou algum rastreio ao ingressar no sistema prisional), dados comportamentais (uso de drogas lícitas e ilícitas; compartilhamento de seringas; se era habitual o uso de preservativos em relações sexuais); se possuíam tatuagens; *piercing* e se, na rotina do sistema prisional, recebiam visitas íntimas. Por fim, registrou-se no mesmo roteiro a realização de exame e coleta de materiais no rastreio/ “testes rápidos” relacionados a infecções transmissíveis HIV/aids; hepatites B e C e sífilis. Foi também registrado o referenciamento a exames complementares e/ou aconselhamento e encaminhamento, quando preconizado para tratamento (Apêndice B).

Além desse roteiro, eram registrados os resultados nos seguintes impressos que fazem parte da rotina da rede de saúde SUS do município:

- a) *Laudo de resultado de teste rápido – Imunocromatografia* (Anexo E): trata-se de um impresso padronizado utilizado no CTA, que era entregue ao usuário após os testes, constando data do exame, data de nascimento, resultado de cada um dos testes (reagente, não reagente, não solicitado, indeterminado) e assinatura do profissional que realizou a coleta do exame. No caso das mulheres em privação de liberdade, em consenso com elas, anexava-se este laudo ao seu prontuário no núcleo de saúde e esclarecia-se que era um documento sigiloso, assim como os dados de seu prontuário e somente elas e/ou eventualmente os profissionais de saúde teriam acesso em caso de tratamento/encaminhamento. Enfatiza-se que esse posicionamento foi dado em consenso, uma vez que foi recorrente o fato de as acauteladas relatarem constrangimento em levar os “laudos” com resultados para

dentro da cela, temendo risco ao sigilo e preconceito em caso de resultados positivos;

- b) *Ficha de registro dos testes rápidos e resultados* (Anexo F): impresso padronizado do CTA para registro do quantitativo de testes realizados, laboratório, lote e data de validade dos testes, assim como o nome das mulheres testadas e resultados. Trata-se de um instrumento de registro a ser entregue para o serviço como forma de validação das testagens realizadas diariamente e como proposta de arquivamento, em caso de consultas futuras das próprias acauteladas, caso necessitem dessa informação, no centro de testagem. Ressalta-se que esse impresso é arquivado, considerando todo o sigilo profissional que as informações demandam;
- c) *Ficha de solicitação de exames complementares de média complexidade* (Anexo G): impresso padronizado pela rede de saúde do município para encaminhamento de exames ao laboratório, utilizado no projeto para solicitação da análise de exames como o não treponêmico da sífilis. Ressalta-se que, no serviço CTA, a coleta de exames complementares ocorre de imediato ao resultado dos testes rápidos, otimizando esse fluxo. No sistema prisional, não foi possível estabelecer essa mesma dinâmica, considerando o tempo de cada acautelada com as pesquisadoras, material disponível naquele momento, preparo das fichas de solicitação de exames com infopen das acauteladas e transporte dos exames até o laboratório. Dessa forma, as coletas complementares eram agendadas em um momento posterior, o que pode ter influenciado no seguimento de sete mulheres para realizar o exame confirmatório;
- d) *Impresso do Departamento de DST, aids e hepatites virais B e C* (Anexo H): impresso padronizado utilizado para exames confirmatórios de cargas virais de hepatites. Utilizava-se o impresso nos casos suspeitos de hepatites para encaminhamento ao laboratório central do município. Nele, constam as informações individuais do paciente (nome, CNS, raça, logradouro), motivos do exame e comorbidades associadas e demais informações. Importante ressaltar que, como a pesquisa ocorreu em parceria com a rede de saúde SUS do município, esses impressos foram importantes, inclusive na notificação de casos prevalentes e novos no município, haja vista a proposição e/ou o fortalecimento de ações de políticas públicas voltadas para o controle das infecções transmissíveis.

5.5.2 Testes rápidos (utilizados no rastreio)

O teste rápido é utilizado para a detecção do Vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV), do vírus da hepatite B (HBV), do vírus da hepatite C (HCV) e da bactéria *Treponema pallidum* que causa a sífilis. Por meio desses testes, é feito o monitoramento dos casos para as doenças infectocontagiosas em serviço de referência do município e unidades de saúde prisionais e, se necessário, é solicitada a realização de exames complementares para confirmação diagnóstica.

A coleta de dados, com a realização dos testes rápidos e exames complementares, deu-se no decorrer da consulta individual e foi realizada pelas próprias pesquisadoras que possuem formação em enfermagem. As pesquisadoras foram treinadas no portal Telelab do Ministério da Saúde e por treinamento prático, disponibilizado pela rede de atenção à saúde/centro de testagem em patologias infectocontagiosas de Juiz de Fora/MG, conforme certificação no Anexo I.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), somente profissionais de saúde treinados devem realizar os testes rápidos. Dessa forma, a equipe estava treinada para adequada abordagem (pré e pós-exame) e coleta de materiais para as infecções estudadas no sistema prisional, seguindo o protocolo próprio de sua utilização e de materiais necessários para a realização dos exames, conforme ilustra Fotografia 1, a seguir:

Fotografia 1 – Materiais utilizados nos testes rastreio



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

No decorrer do período de realização do estudo, a PPL estudada passou por uma abordagem clínica com a oferta da testagem rápida e aconselhamento pré e pós-teste, por meio da coleta de uma gota de sangue da ponta do dedo (Figura 1). Esse sangue foi submetido ao reagente que forneceu resultado positivo ou negativo. Essa etapa levou em torno de 30 minutos para ser realizada em cada mulher acolhida.

Figura 1 – Demonstração do pré e pós-teste



Fonte: Brasil (2018e, p. 5–6).

Em relação à aquisição dos testes para rastreio HIV/aids, sífilis e hepatites virais, esta foi disponibilizada em parceria com o município, mediante a Política Nacional para a prevenção e controle dessas patologias, especialmente em populações vulneráveis. Justifica-se ainda que o custeio pelo Sistema de Saúde se deve à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, a qual aponta como uma de suas principais diretrizes estimular “ações para promoção da saúde e prevenção de doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis e dos agravos decorrentes do confinamento” (Brasil, [201-])⁶. Conforme já mencionado, essa Política contempla ações voltadas para a PPL e trabalhadores do Sistema Prisional. Dessa forma, foram disponibilizados pelo CTA do município os testes utilizados no rastreio (Quadro 1).

Quadro 1 – Informativo dos tipos de testes utilizados no rastreio

Para rastreio das infecções	Tipo de teste	Laboratório/fabricante	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Precisão (%)
HIV 1/2/O (“teste 1”)	Qualitativo de anticorpos	ABON TM	99,9 (99,4-100,0) *	99,8 (99,5-99,9)	99,8 (99,6-99,9) *

⁶ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf.

HIV 1/2 ("teste 2")	Qualitativo de anticorpos	TR DPP® HIV 1/2 Biomanguinhos	100 (99,7-100)*	99,9 (99,6-99)*	Não informado
Sífilis	Qualitativo de anticorpos (treponêmico)	Bioclin	>99,9	99,8	Não informado
Hepatite B	Qualitativo de antígeno de superfície do vírus	Bioclin	>99,9	99,8	Não informado
Hepatite C (HCV)	Qualitativo de anticorpos	ABON TM	99,53 (99,53-100,00)*	99,78 (99,36-99,95)*	99,85 (99,56-99,97)*

Legenda: * Intervalo de confiança de 95%

Nota: Informações fornecidas pelos fabricantes/laboratórios (2021).

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A designação de dois testes para HIV ("teste 1" e "teste 2") decorre da dinâmica de realização dos testes. Em um primeiro momento, prioriza-se o teste 1, sendo positivo, utiliza-se um segundo teste para confirmação. Dois testes de diferentes marcas constando "reagente" confirmam diagnóstico positivo para infecção pelo HIV. Para melhor entendimento, ilustram-se as imagens da Figura 2:

Figura 2 – Dispositivos com resultado reagente e não reagente



Fonte: Brasil (2018e, p. 6).

Conforme a interpretação dos testes dispositivos e laudos emitidos no instrumento “*Laudo de resultado de teste rápido*” e em conformidade com referências técnicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013d), seguiram-se as condutas no rastreio apontadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Interpretação dos resultados e fluxograma de conduta para o diagnóstico

Exame Rastreio	Resultado Não Solicitado/ Não Recomendado*	Resultado Não Reagente	Resultado Reagente	Resultado Indeterminado/ Inválido	Importante
HIV	Portadores do vírus em tratamento	- Avaliar janela imunológica. - Recomenda-se, se for o caso, repetir o exame após 30 e 90 dias.	- Em conformidade com Manual Técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV do Ministério da Saúde (2018), é necessário realizar dois testes rápidos em série (Kits de fabricantes distintos, padronizados por MS/Anvisa). - Recomenda-se a coleta de teste de quantificação de carga viral para descartar a ocorrência de um possível duplo falso-reagente.	Repetir o teste utilizando um novo dispositivo.	Registrar lote e validade
Sífilis (utilizado teste treponêmico)	Já possui histórico da infecção e/ou está em tratamento.	Com suspeita diagnóstica clínica e epidemiológica, coletar uma nova amostra em 30 dias).	Realizar um teste não treponêmico (Ex: VDRL) para finalização do diagnóstico e acompanhamento do caso.	Repetir o teste utilizando um novo dispositivo.	Registrar lote e validade
Hepatite B (utilizado teste de triagem)	Se estiver em tratamento para infecção.	Havendo suspeita de infecção, coletar uma nova amostra após 30 dias.	Realização de exames complementares para conclusão de diagnóstico.	Repetir o teste utilizando um novo dispositivo.	
Hepatite C (utilizado teste de triagem)	Já possui histórico da infecção e/ou está em tratamento	Havendo suspeita de infecção, coletar uma nova amostra após 30 dias.	Realização de exames complementares para conclusão de diagnóstico.	Repetir o teste utilizando um novo dispositivo.	

Nota: A partir de referências técnicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c), protocolos CTA/JF (2021/2022) e Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV (atualizado em 2018).

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

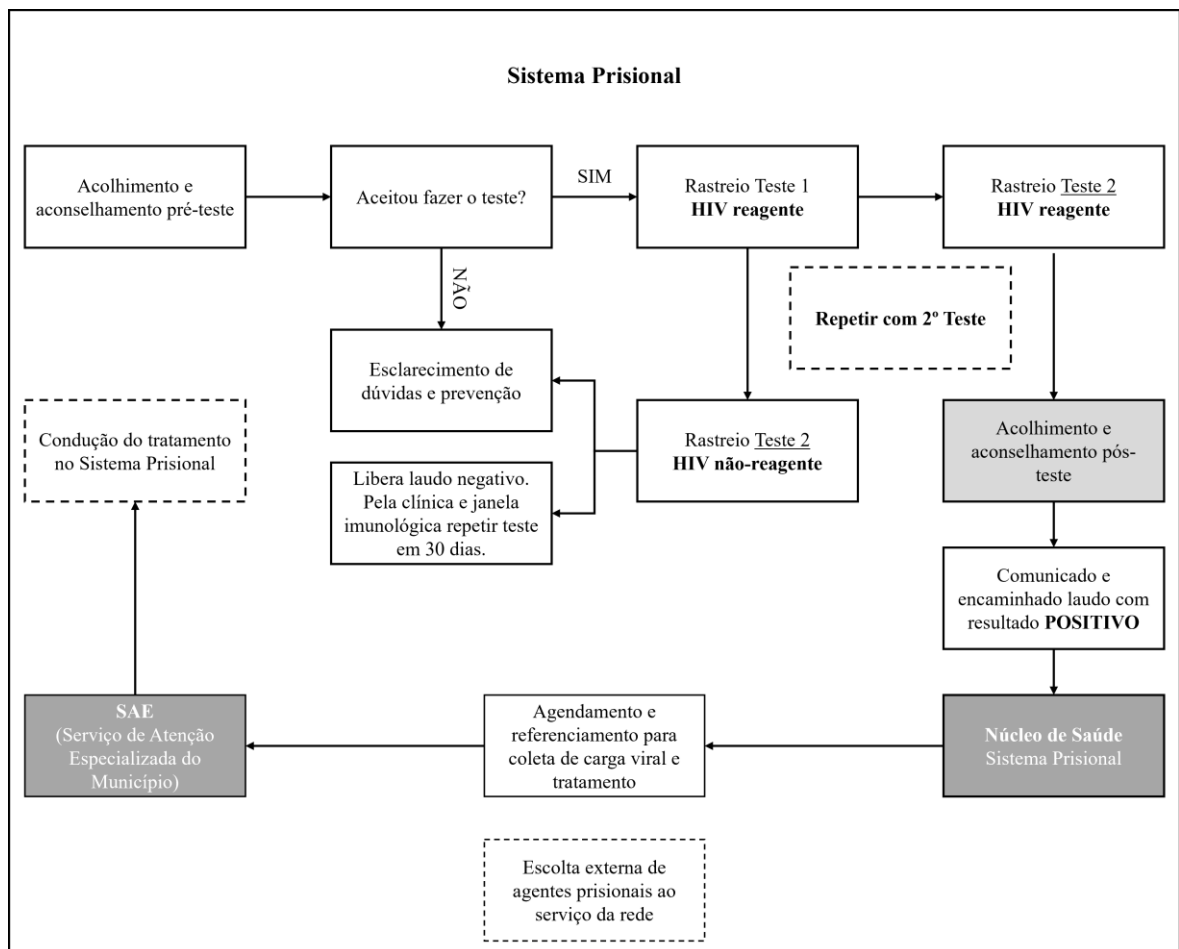
Como a proposta do projeto consiste em avaliar a prevalência dos casos e fatores associados às infecções, no caso dos laudos “Não recomendados/Não solicitados” no rastreio, como são autorrelatos de casos positivos para HIV e suspeitas diagnósticas para as demais infecções (podendo ou não estar com traço sorológico e/ou uma possível reinfeção), estes laudos foram considerados “casos positivos” no quantitativo de rastreamento, para que, dessa forma, fossem considerados na conduta do fluxograma para exames complementares e realizada uma confirmação diagnóstica positiva ou negativa para infecção.

Acrescenta-se que, em situações em que a mulher privada de liberdade apresentou resultado de exame positivo “reagente”, seja para HIV/aids, hepatites B e C e sífilis após o rastreio, foram aconselhadas e encaminhadas a um exame complementar, como infecções que demandavam confirmação ou com resultado indeterminado. Confirmando o resultado positivo, a acautelada foi encaminhada para tratamento: no núcleo de saúde prisional ou serviço de referência, para acompanhamento e tratamento. Essa etapa ocorreu mediante a demanda do serviço de referência no município e organização das equipes de segurança e núcleo de saúde da unidade prisional, uma vez que algumas situações demandavam agendamento e/ou transporte com escolta aos serviços da rede SUS.

A realização de exames complementares no serviço de referência do município é de custeio contemplado na Política Nacional de Saúde (SUS), pela rede local de saúde, demandados pelo próprio município ou Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública.

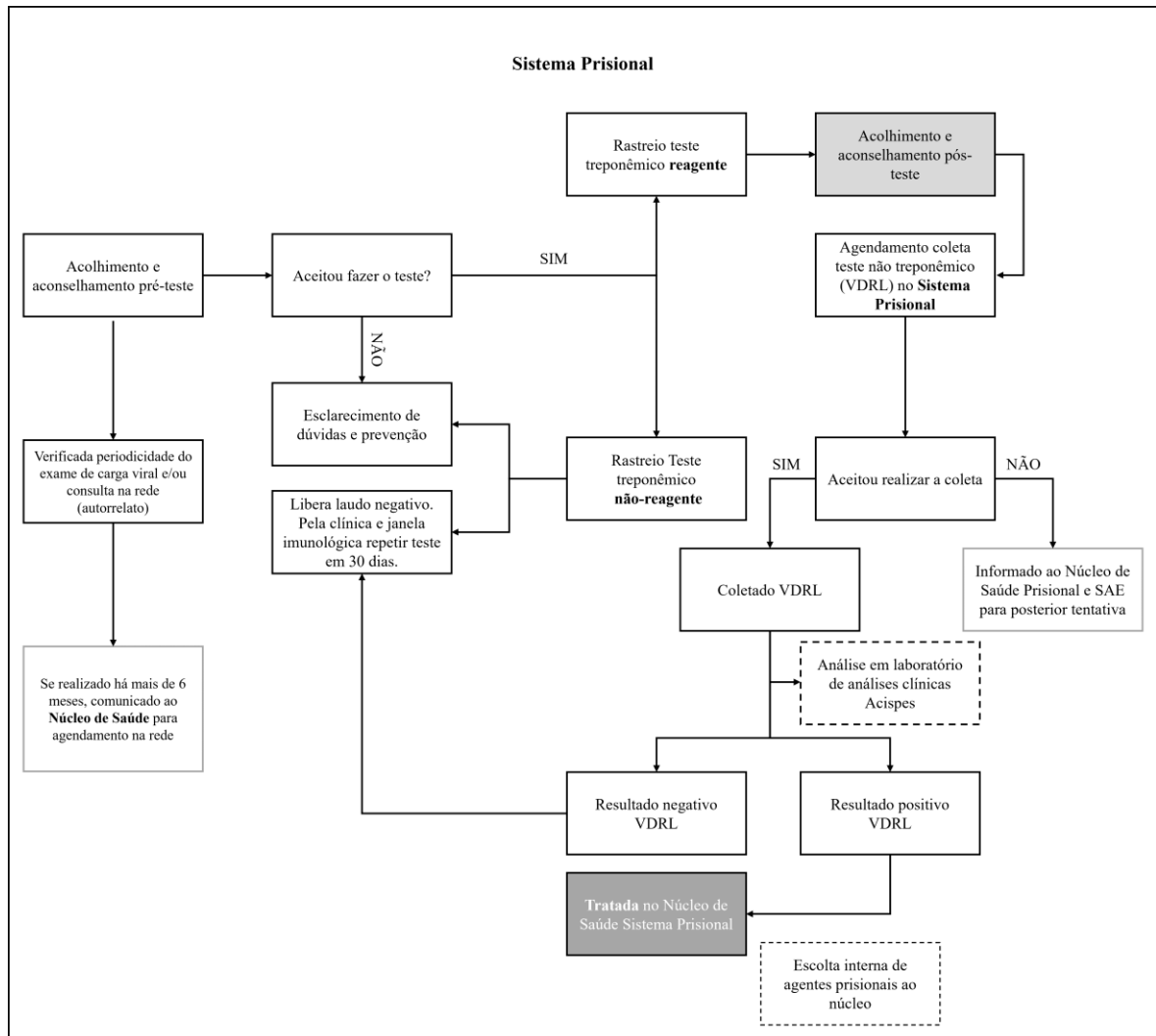
Considerando os estudos de fluxogramas e orientações em Manuais técnicos do Ministério da Saúde e protocolos municipais para atendimento, detecção, tratamento e controle das infecções transmissíveis, e após imersão e identificação de dinâmicas e rotinas do cenário prisional, verificou-se a possibilidade de remodelar e propor alguns itinerários terapêuticos na rede de assistência às mulheres privadas de liberdade. O intuito era de orientar o percurso para confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos que envolviam cada uma das infecções HIV/aids, sífilis e hepatites B e C no rastreio, conforme mostram os Fluxogramas 2, 3, 4, 5, 6, e 7, a seguir.

Fluxograma 2 – Resultado reagente para HIV



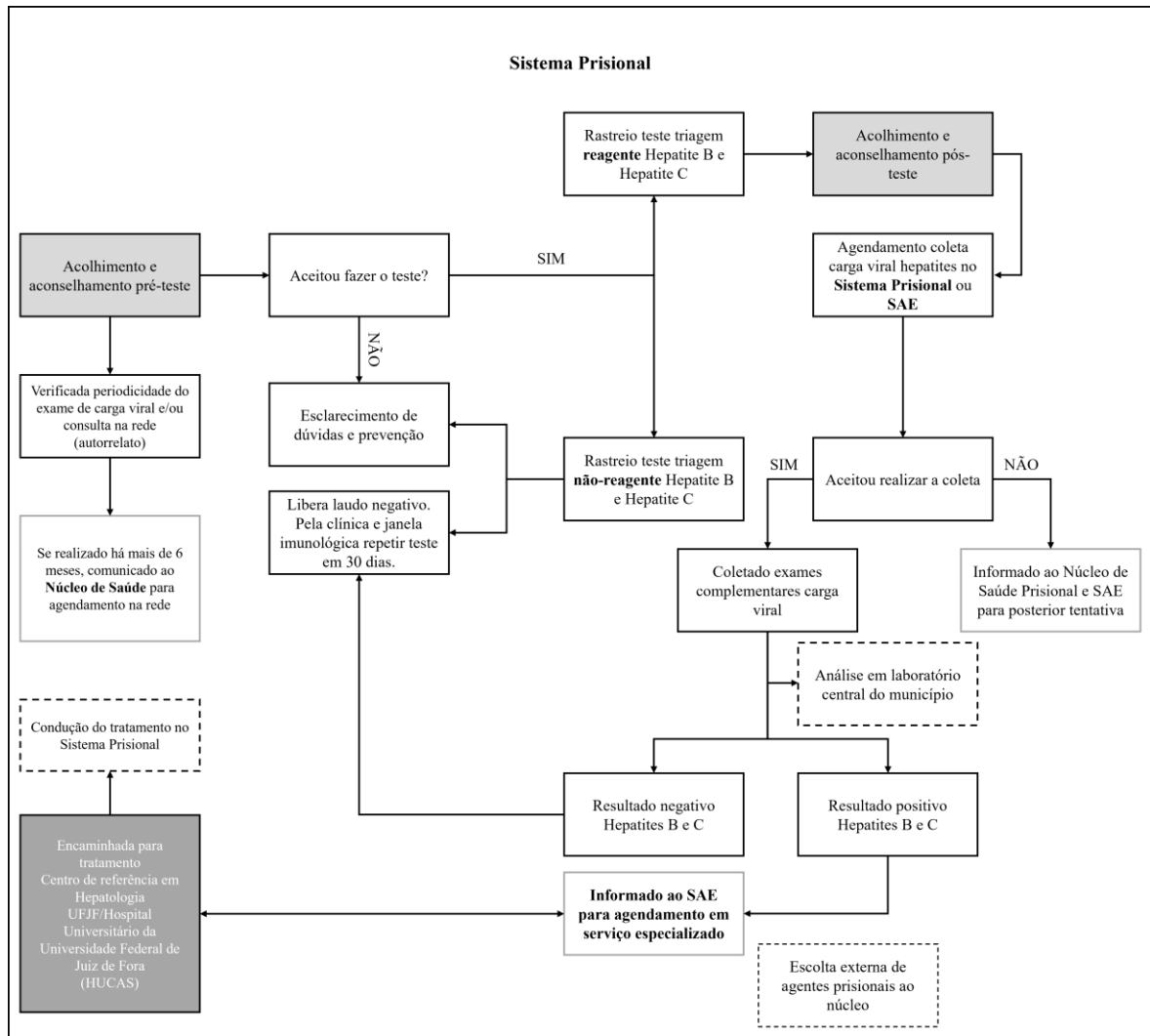
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Fluxograma 3 – Portadora do HIV/aids, resultado reagente para sífilis



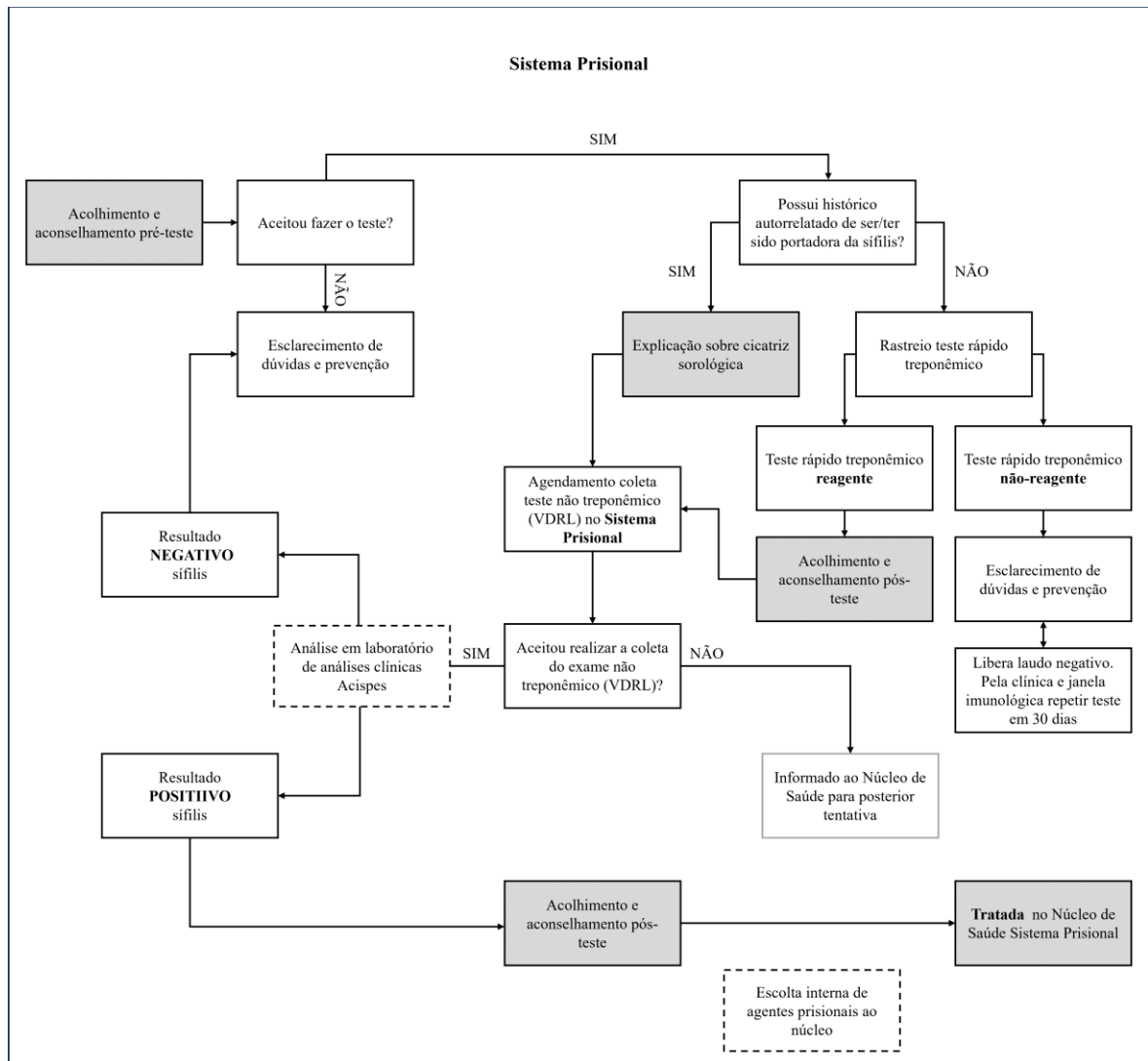
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Fluxograma 4 – Portadora do HIV/aids, reagente para hepatites B e C



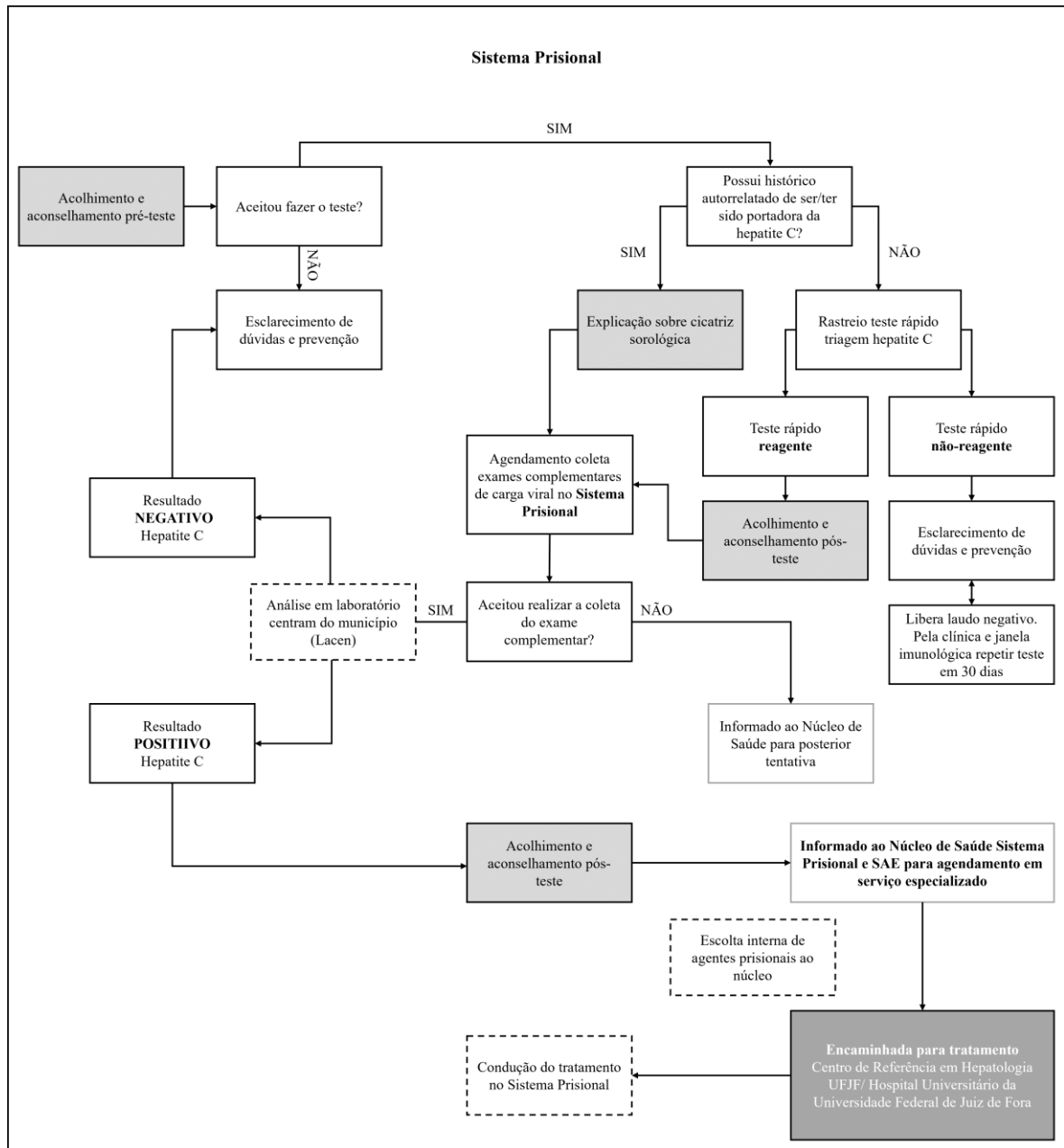
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Fluxograma 5 – Resultado reagente para sífilis e/ou com histórico autorrelatado de ter sido portadora da infecção



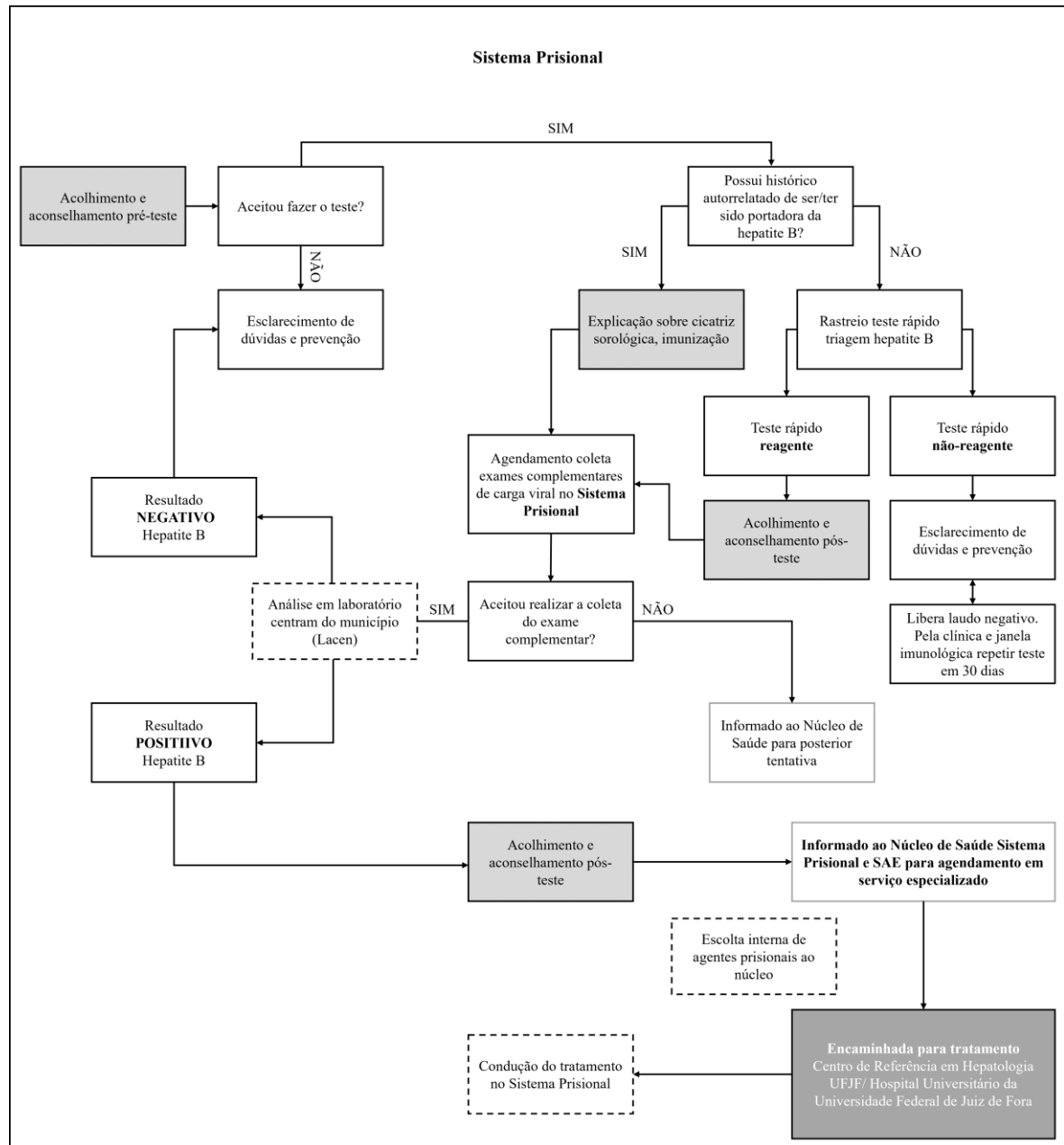
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Fluxograma 6 – Resultado reagente para hepatite C e/ou com histórico autorrelatado de ter sido portadora da infecção



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Fluxograma 7 – Resultado reagente para hepatite B e/ou com histórico autorrelatado de ter sido portadora da infecção



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Embora o fluxograma para resultado da hepatite B ilustre o percurso de acompanhamento e tratamento, neste estudo, não foram detectados casos positivos no rastreo para a doença.

5.5.3 Algumas observações importantes na coleta de dados

Ressalta-se que, durante o rastreio e resultados de qualquer uma das infecções, sendo esses laudos positivos ou negativos, foi oportuno às pesquisadoras o esclarecimento de dúvidas e a realização de orientações voltadas à educação em saúde, considerando os mecanismos de prevenção e transmissão das infecções.

Considerando os aspectos éticos e o caráter sigiloso e confidencial das informações, toda etapa de coleta de dados e material biológico foi feita em sala/espço reservado, tanto no núcleo de saúde como no anexo feminino Eliane Betti. Solicitava-se às agentes prisionais privacidade junto às acauteladas, a abordagem só tinha início quando as agentes saíam do local reservado. Portanto, no espaço, ficavam somente a acautelada e uma ou no máximo duas pesquisadoras, envolvidas diretamente no estudo.

Um dos conflitos e desafios da pesquisa, em uma unidade prisional, concentrou-se no aspecto da segurança, considerado como primordial, com vistas à realização dos cuidados de saúde nesse cenário. Algumas agentes prisionais apresentaram resistência em retirar-se do local da abordagem e deixarem a função de escolta, durante a realização dos testes para detecção das infecções. Esse fato foi conflitante inicialmente, mas esclarecida a dinâmica e aspectos éticos do estudo e exames, conseguiu-se êxito na compreensão da chefe da guarda e agentes prisionais em deixar as pesquisadoras sozinhas com cada uma das acauteladas. Por fim, decidiu-se que algumas das mulheres ficariam algemadas, considerando a segurança da equipe de pesquisa. Houve acordo quanto a essa definição, uma vez que tal conduta não interferiria na condução da pesquisa e nos aspectos éticos e sigilosos do estudo.

5.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados e fatores associados ao desfecho positivo das infecções para o HIV/aids, hepatites B e C e sífilis, foi construído um modelo teórico, diagrama (Figura 5), com três eixos de grupos de variáveis relacionadas a prováveis condições de vulnerabilidades, que poderiam favorecer o desfecho positivo das infecções, considerando o rastreio e exames confirmatórios. Os três eixos foram elaborados da seguinte forma: Eixo 1 - variáveis sociodemográficas e individuais das mulheres privadas de liberdade; Eixo 2 - variáveis referentes a comportamento, estilo de vida, práticas sexuais e violência; Eixo 3 - variáveis relacionadas às condições de encarceramento, saúde e adoecimento dentro do sistema prisional.

Esses três eixos foram associados às variáveis de desfecho do estudo, que são: ser reagente para alguma das infecções nos testes de rastreio e/ou ser positivo para alguma das infecções nos exames complementares (confirmação).

A seguir, apresentam-se discriminadas as variáveis utilizadas no estudo:

5.6.1 Variáveis do estudo

O estudo foi conduzido considerando variáveis dependentes e independentes, detalhadas a seguir.

5.6.1.1 Variáveis dependentes

- a) Ser reagente para qualquer uma das infecções nos testes rápidos imunocromatográficos de rastreio;
- b) ser positivo para qualquer uma das infecções nos exames complementares (confirmação).

5.6.1.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram divididas em três eixos:

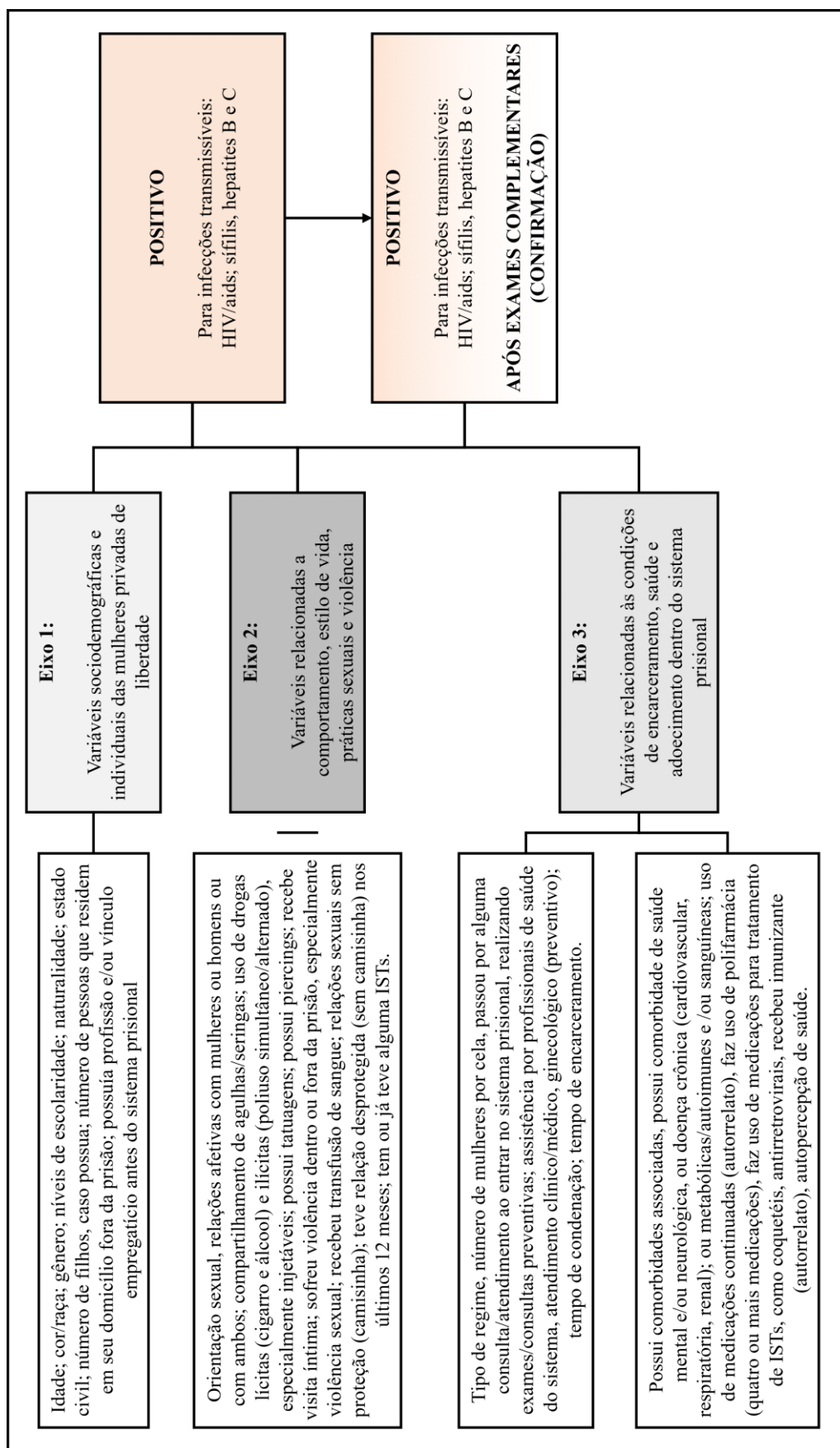
- a) Eixo 1 - variáveis sociodemográficas e individuais das mulheres privadas de liberdade:
 - idade;
 - cor/raça;
 - gênero;
 - níveis de escolaridade;
 - naturalidade;
 - estado civil;
 - se possui, número de filhos;
 - número de pessoas que residem em seu domicílio fora da prisão;
 - profissão e/ou vínculo empregatício antes do sistema prisional.
- b) Eixo 2: variáveis relacionadas a comportamento, estilo de vida, práticas sexuais e violência:
 - orientação sexual, relação afetivas com mulheres ou homens ou com ambos;

- compartilhamento de agulhas/seringas;
 - uso de drogas lícitas (cigarro e álcool) e ilícitas (poliuso simultâneo/alternado), especialmente injetáveis;
 - possui tatuagens;
 - possui piercings;
 - recebe visita íntima;
 - sofreu violência dentro ou fora da prisão, especialmente violência sexual;
 - recebeu transfusão de sangue;
 - relações sexuais sem proteção (camisinha);
 - teve relação desprotegida (sem camisinha) nos últimos 12 meses;
 - tem ou já teve alguma IST.
- c) Eixo 3: variáveis relacionadas às condições de encarceramento, saúde e adoecimento dentro do sistema prisional. Divididas em dois subgrupos:
- 1º Subgrupo - referente às condições de encarceramento:
 - tipo de regime;
 - número de mulheres por cela;
 - passou por alguma consulta/atendimento ao entrar no sistema prisional, realizando exames/consultas preventivas;
 - assistência por profissionais de saúde do sistema, atendimento clínico/médico, ginecológico (preventivo);
 - tempo de condenação;
 - tempo de encarceramento.
 - 2º Subgrupo – referente às condições de saúde e adoecimento dentro do sistema prisional:
 - possui comorbidades associadas;
 - possui comorbidade de saúde mental e/ou neurológica, ou doença crônica (cardiovascular, respiratória, renal); ou metabólicas/autoimunes e/ou sanguíneas;
 - faz uso de medicações continuada (autorrelato);
 - faz uso de polifarmácia (quatro ou mais medicações);
 - faz uso de medicações para tratamento de ISTs, como coquetéis antirretrovirais;
 - recebeu imunizante (autorrelato);

- autopercepção de saúde.

A representação das variáveis está ilustrada no Diagrama 1.

Diagrama 1 – Representação das variáveis - Infecções transmissíveis no Sistema Prisional feminino



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Os dados foram coletados e digitados no *software KoBoToolbox*, que permite a coleta e a tabulação automática em um banco de dados. A partir desse banco, os registros foram organizados e analisados, utilizando o *software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 29.0. Para minimizar possíveis inconsistências, realizou-se dupla digitação dos dados por digitadores independentes e depois conferência das informações, para verificar e corrigir possíveis inconsistências da digitação. Posteriormente, foi realizada a organização e a estratificação dos dados para análise das variáveis dependentes e independentes. O Quadro 3 apresenta a caracterização das variáveis utilizadas no estudo e seu tratamento na coleta e análise.

Quadro 3 – Apresentação das variáveis utilizadas no estudo e formas de coleta e análise

Variável utilizada	Tipo de variável	Coleta	Análise
Desfecho positivo para alguma infecção transmissível (HIV/aids; hepatites B ou C, Sífilis) no RASTREIO	Dependente Categórica (Sim/Não)	Resultado dos testes rápidos realizados no momento da coleta de dados, resultados: sim/não/indeterminado Resultado Indeterminado: a repetir ou encaminhado exames complementares	Variável categórica (Sim/Não) utilizada como desfecho nas associações das análises.
Desfecho positivo para alguma infecção transmissível (HIV/aids; hepatites B ou C, Sífilis) após exames complementares	Dependente Categórica (Sim/Não)	Resultado dos exames complementares/diagnósticos específicos de cada infecção, classificado em Sim/Não	Variável categórica (Sim/Não) utilizada como desfecho nas associações das análises.
Idade	Independente Numérica/contínua	Idade em anos completos na data da coleta, atribuída de acordo com a data de nascimento relatada pela participante	Descritiva – como variável categórica classificada em quatro estratos, de acordo com quartis de distribuição da amostra, são elas: 18 a 26; 27 a 32; 33 a 40 e acima de 40 anos. Bivariada e multivariada -classificada em dois estratos considerando a mediana da amostra, são elas: até 32 e mais de 32 anos.
Cor/raça	Independente Categórica/Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa considerando as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos de acordo com as opções declaradas, são elas: branca; preta ou parda e amarela. Bivariada e multivariada– agregada em dois estratos considerando aspectos semelhantes de vulnerabilidade social pela literatura disponível, são elas: branca; preta ou parda.

Gênero	Independente Categórica/ Nominal	Atribuída de acordo com autodeclaração pelas participantes no item “Gênero e orientação sexual”, de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em dois estratos de acordo com as opções declaradas, que são: cisgênero e transgênero. Bivariada e multivariada – mantém a mesmas estratificações em dois estratos.
Escolaridade	Independente Categórica/ Ordinal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em quatro estratos de acordo com as opções declaradas adequando em até oito anos de estudo; de nove a 11 anos; 12 anos ou mais e não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada – mantém os estratos informados acima.
Naturalidade	Independente Categórica/ Nominais	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa, com descrição do local/região de origem.	Descritiva – agregada em cinco estratos de classificação, considerando as descrições declaradas e níveis de semelhança/proximidade com o Sistema Prisional de Juiz de Fora. São elas: sede Sistema prisional (JF), fora de JF, outras cidades dentro de MG; fora de MG; fora do Brasil e não sabe/não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada – agregada em três estratos considerando níveis de semelhança/proximidade na sede Sistema prisional (JF); Fora de JF, outras cidades dentro de Minas Gerais e fora de Minas Gerais.
Estado Civil	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos categóricos de acordo com as opções declaradas e níveis de semelhança em: sem companheiro(a); com companheiro(a) e não sabe/não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada – mantém a estratificação em três estratos.
Tem filho(s)? Não tenho filhos(as) Tenho filhos(as)	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento,	Descritiva – agregada em dois estratos de acordo com as opções declaradas, em Sim ou Não. Bivariada e multivariada – mantém a estratificação em dois estratos.
Se possui, número de filhos?	Independente Numérica/ Discretas	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa, caso atestasse positivo no item “possui filhos”.	Descritiva – agregada em dois estratos categóricos de acordo com a literatura disponível sobre número de filhos e planejamento familiar em até dois filhos e mais de dois. Bivariada e multivariada – mantém a estratificação em dois estratos.
Número de pessoas que residem em seu domicílio fora da prisão	Independente Numérica/ Discretas	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa no item “Qual o nú-	Descritiva – agregada em dois estratos de acordo com relato e literatura

		mero de pessoas que residem com você?”	disponível sobre ocupação de domicílios e vulnerabilidade social. Bivariada e multivariada – mantém a estratificação em dois estratos.
Profissão/vínculo empregatício antes do cárcere	Independente-Categórica/Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa, com descrição da função exercida ou não antes do cárcere.	Descritiva – agregada em três estratos categóricos de acordo com relato em Possuía vínculo; Não possuía vínculo e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada- mantém a estratificação em três estratos.
Orientação sexual	Independente Categórica/Nominal	Autodeclarada pelas participantes de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva- agregada em quatro estratos de acordo com as opções declaradas em heterossexual, homossexual, bissexual e assexual. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos
Compartilhamento de agulhas e/ou seringas	Independente Categórica/Nominal	Autodeclarada pelas participantes de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos em Sim, Não e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em 3 estratos.
Uso de drogas lícitas (cigarro)	Independente Categórica/Nominal	Autodeclarada pelas participantes de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos, são eles: Sim, faço uso no momento; nunca usei; e já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a). Bivariada e multivariada: agregada em dois estratos categóricos: Sim, faço uso no momento e/ou já usei e nunca usei.
Uso de drogas lícitas (álcool)	Independente Categórica/Nominal	Autodeclarada pelas participantes de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos, são eles: Sim, faço uso no momento; nunca usei; e já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a). Bivariada e multivariada: agregada em dois estratos categóricos: Sim, faço uso no momento e/ou já usei e nunca usei.
Uso de drogas ilícitas em substância pó e/ou injetável (como cocaína)	Independente Categórica/Nominal	Autodeclarada pelas participantes de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos, são eles: Sim, faço uso no momento; nunca usei; e já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a). Bivariada e multivariada: agregada em dois estratos categóricos: Sim, faço uso no momento e/ou já usei e nunca usei.
Uso de drogas ilícitas (crack)	Independente Categórica/Nominal	Autodeclarada pelas participantes de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos, são eles: Sim, faço uso no momento; nunca usei; e já usei, mas no

			momento não estou usando (ex-usuário/a). Bivariada e multivariada: agregada em dois estratos categóricos: Sim, faço uso no momento e/ou já usei e nunca usei.
Uso de outras drogas (heroína, “Loló” (lança perfume), “cola de sapateiro”)	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos, são eles: Sim, faço uso no momento; nunca usei; e já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a). Bivariada e multivariada: agregada em dois estratos categóricos: Sim, faço uso no momento e/ou já usei e nunca usei.
Poliuso (duas ou mais drogas) usadas de forma simultânea e/ou alternada	Independente Categórica/ Nominal	Atribuída de acordo com contagem a partir da autodeclaração pelas participantes sobre os tipos de drogas que faz uso, considerando as opções apresentadas no instrumento	Descritiva – agregada em dois estratos categóricos em sim ou não. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em dois estratos.
Possui tatuagem	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos em Sim, Não e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Possui piercing	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos em Sim, Não e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Recebe visita íntima no sistema	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos em Sim, Não e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Sofreu violência dentro ou fora da prisão, nos últimos 12 meses	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento	Descritiva – agregada em dois estratos em Sim ou Não. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em dois estratos.
Que tipo de violência? violência física/verbal	Independente Categórica/ Nominal	Atribuída de acordo com autodeclaração pelas participantes no item “sobre Violência”, de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em dois estratos em Sim ou Não. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em 2 estratos.
Que tipo de violência? Assédio e/ou agressão sexual	Independente Categórica/ Nominal	Atribuída de acordo com autodeclaração pelas participantes no item “sobre Violência”, de acordo	Descritiva – agregada em dois estratos em Sim ou Não.

		com as opções apresentadas no instrumento.	Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em dois estratos.
Que tipo de violência? Tentativa de autoexterminio	Independente Categórica/ Nominal	Atribuída de acordo com autodeclaração pelas participantes no item “sobre Violência”, de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em dois estratos em Sim ou Não. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em dois estratos.
Já recebeu transfusão de sangue?	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento	Descritiva – agregada em dois estratos em Sim ou Não. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em dois estratos.
Em relação ao uso do preservativo nas relações sexuais	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em cinco estratos, os quais são: Não, nunca uso; Raramente eu uso; Às vezes eu uso; Uso frequentemente; Não sei/Não quero informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em cinco estratos.
Teve alguma relação desprotegida (sem camisinha) nos últimos 12 meses	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos em Sim, Não e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa (ex: tuberculose, hepatite, sífilis, HIV/aids)	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos em Tenho e/ou já tive; Não e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Tipo de regime de encarceramento	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa, com descrição do regime de encarceramento no momento da coleta	Descritiva – agregada em três estratos, os quais são: Fechado; Semiaberto e aberto e Provisório. Bivariada e multivariada: foram agregados em dois estratos: fechado; semiaberto e aberto. Considerando que o regime provisório estaria contido no fechado.
Número de mulheres que residem com você na cela	Independente Numéricas/ Contínua	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa no item “Qual o número de pessoas que residem com você?”	Descritiva – agregada em quatro estratos de acordo com os quartis de apresentação da amostra, sendo estas: de oito a 20 mulheres; de 21 a 24; 25 a 31 e acima de 31 mulheres e estrato Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada – agregada em dois estratos de acordo com a mediana de distribuição, sendo estes estratos: até 24 mulheres e mais de 24 mulheres.
Quando entrou na unidade prisional passou por algum atendimento/exame/consulta de	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos: Sim; Não e Não sabe/Não quis

saúde (ou seja, um rastreo sobre sua condição de saúde)			informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Em relação à assistência médica por profissionais de saúde do sistema. Você recebeu?	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa, com descrição do profissional que a atendeu.	Descritiva – agregada em dois estratos: Sim, recebi atendimento médico e/ou de outros profissionais de saúde; e Não recebi atendimento algum. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em dois estratos.
Você foi submetida? Consulta ginecológica/exame preventivo).	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa.	Descritiva – agregada em dois estratos: Sim, realizei consulta (preventivo); Não recebi este tipo de consulta/exame. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em dois estratos.
Já foi condenada?	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa ao ser questionada no item “Tempo de pena”	Descritiva – agregada em dois estratos: Já fui condenada; Ainda não fui condenada/ “Estou em regime provisório”. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em dois estratos.
Tempo de condenação/pena	Independente Numéricas/ Contínua	Tempo em meses, autodeclarado pelas participantes da pesquisa no item “Tempo de pena”	Descritiva – agregada em quatro estratos: seis a 60 meses; 61 a 160; 161 a 572 e Ainda não fui condenada/ “Estou em regime provisório”. Bivariada e multivariada: agregada em dois estratos de acordo com a mediana de distribuição, sendo estes estratos: até 112 meses e mais de 112 meses.
Tempo de encarceramento. Há quanto tempo está aqui?	Independente Numéricas/ Contínua	Tempo em meses, autodeclarado pelas participantes da pesquisa no item “Há quanto tempo está aqui”	Descritiva – agregada em três estratos: 0,50 a 3,84 meses; 3,85 a 20 meses e 20,01 a 336 meses. Bivariada e multivariada: agregada em dois estratos de acordo com a mediana de distribuição, sendo estes estratos: até 11 meses e mais de 11 meses.
Você tem alguma comorbidade/ doença crônica não transmissível? (ex: hipertensão, diabetes, câncer, cardiopatias e outras)	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos: Sim; Não e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.

Que tipo de doença crônica não transmissível você possui? Saúde mental e/ou doença neurológica	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa no item “Se tem doença crônica não transmissível”,	Descritiva – agregada em três estratos: Sim, tenho; Não tenho e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra.
--	----------------------------------	--	---

		com descrição da patologia que é portadora.	Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui? Cardiovascular ou respiratória ou renal	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa no item “Se tem doença crônica não transmissível”, com descrição da patologia que é portadora.	Descritiva – agregada em três estratos: Sim, tenho; Não tenho e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui? Metabólica ou autoimune ou sanguínea	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa no item “Se tem doença crônica não transmissível”, com descrição da patologia que é portadora.	Descritiva – agregada em três estratos: Sim, tenho; Não tenho e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Faz uso de medicação continuada (autorrelato)	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos: Sim; Não e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Faz uso de polifarmácia (quatro ou mais medicações, simultaneamente)	Independente Categórica/ Nominal	Atribuída de acordo com contagem a partir da autodeclaração pelas participantes sobre os medicamentos que faz uso.	Descritiva – agregada em quatro estratos: Sim, uso quatro ou mais medicações; Não, eu uso remédios continuados. Mas menos de quatro. Não uso medicações continuadas e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: foram agregados em dois estratos, considerando apenas o uso da polifarmácia: Sim, uso quatro ou mais medicações; Não, eu uso remédios. Mas menos de quatro medicações.
Faz uso de medicações para tratamento de ISTs, como coquetéis antirretrovirais	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa no item “Faz uso de medicação continuada”, com descrição da medicação que faz uso.	Descritiva – agregada em três estratos: Sim, faço uso; Não, não faço uso e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Faz uso de medicações que atuam no Sistema Nervoso Central (Psicofármacos, antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, sedativos, estabilizadores do humor e outros desta natureza).	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa no item “Faz uso de medicação continuada”, com descrição da medicação que faz uso.	Descritiva – agregada em três estratos: Sim, faço uso; Não, não faço uso e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.
Lembra de ter sido vacinada dentro do sistema prisional Sim Não Não sabe/Não quis informar	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as opções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em três estratos: Sim; Não e Não sabe/Não quis informar (informados ou missings) da amostra. Bivariada e multivariada: mantém a estratificação em três estratos.

Autopercepção de saúde (Você diria que sua saúde é)	Independente Categórica/ Nominal	Autodeclarada pelas participantes da pesquisa de acordo com as op- ções apresentadas no instrumento.	Descritiva – agregada em cinco estratos: Excelente; Muito boa; Boa; Regular e Ruim. Bivariada e multivariada: agregado em dois estratos, considerando faixas de sentidos semelhantes, são estes: excelente a boa e Regular a ruim.
---	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A partir desse tratamento, os dados foram, inicialmente, submetidos à análise descritiva, para obtenção das medidas de frequência absolutas e relativas das variáveis analisadas. Posteriormente, foram realizadas medidas de associação entre as variáveis independentes e dependentes (desfechos) de positividade para as doenças em investigação neste estudo.

Variáveis quantitativas foram analisadas conforme suas médias ou medianas, por testes paramétricos ou não (conforme padrão de distribuição). Comparações de proporções foram feitas pelo teste *qui quadrado*, ajustado pelo teste de *Fischer*, quando necessário. Foram obtidas medidas de associação (*odds ratio*) brutas e ajustadas por regressão logística, para construção de modelos de predição com controle de variáveis de confusão. Na análise bivariada e multivariada de regressão linear, foram realizados os controles das variáveis, adotando nível de significância 5%.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de atender aos requisitos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, os resultados e discussão serão apresentados na forma de um artigo⁷ principal abaixo, com complementação no Apêndice C (tabelas).

⁷ A apresentação das referências do artigo segue as orientações fornecidas pela revista à qual foi submetido.

Prevalência e fatores associados: HIV, sífilis e hepatite B e C entre mulheres no cárcere
Prevalence and associated factors: HIV, syphilis and hepatitis B and C among women in prison

Título resumido: HIV, sífilis e hepatites em mulheres no cárcere

Título resumido em inglês: HIV, syphilis and hepatitis in women in prison

RESUMO

OBJETIVO: verificar a prevalência de infecções por HIV/aids, hepatites B e C e sífilis e analisar os fatores associados em mulheres privadas de liberdade de um município de Minas Gerais.

MÉTODO: trata-se de um inquérito epidemiológico realizado por meio de censo com toda a PPL feminina reclusa no município de Juiz de Fora/Minas Gerais, entre os anos de 2021 e 2022. Foram rastreadas 171 mulheres (83% da população) por meio de entrevistas, testes rápidos para as infecções e abordagem (pré e pós-testes) e coleta de exames complementares e confirmatórios com encaminhamento ao serviço de referência do município, quando necessário. No tratamento e na análise de dados, utilizou-se o *software* SPSS versão 29.0 e foi realizada uma análise bivariada e multivariada de regressão linear.

RESULTADOS: a soroprevalência de qualquer uma das infecções na etapa de rastreio foi 33,4% (n=57); na etapa de exames complementares, 20,5% (n=35) confirmaram positividade. A prevalência do HIV foi 7% (n=12) no rastreio e etapa confirmatória; da sífilis 25,1% (n=43) no rastreio e 12,9% (n=22) confirmados; a hepatite C teve prevalência de 3,5% (n=6) no rastreio, sendo confirmados 2,9% (n=5). Não foram encontrados casos de hepatite B. Na análise multivariada, foram significativas as variáveis: baixa escolaridade, aumentando as chances para desfechos positivos das infecções [odds ratio (OR) ajustada: 9,59; IC95% 1,01-91,09; p=0,049]; assim como, se sofreu violência dentro ou fora do sistema prisional nos últimos 12 meses [OR ajustada: 4,58; IC95% 1,24-15,85; p=0,022]; e como fator de proteção mulheres que não possuem ou nunca tiveram doenças infectocontagiosas [OR ajustada: 0,02; IC95% 0,00-0,14; p=0,000].

CONCLUSÃO: o desfecho para alguma das infecções na PPL associou-se a menores níveis de escolaridade, exposição a violência e histórico de doenças infectocontagiosas.

Os achados poderiam apontar ainda caminhos para tornar mais efetivo o acompanhamento dessa população, considerando a importância do rastreio, o adequado diagnóstico e tratamento com o seguimento dessas mulheres em privação de liberdade.

DESCRIPTORIOS: População Privada de Liberdade. Mulheres. Vulnerabilidade em Saúde. Estudos Transversais. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Soropositividade para HIV. Sífilis. Hepatite B. Hepatite C. Prevalência.

INTRODUÇÃO

A População Privada de Liberdade (PPL) é estimada como de elevado risco para aquisição de infecções relacionadas às condições encontradas no confinamento e, entre aquelas que mais impactam a população no sistema prisional, estão: as infecções sexualmente

transmissíveis, hepatites virais B e C, HIV/aids, sífilis e tuberculose¹. Potencializam o agravamento na transmissão dessas infecções a magnitude com que acometem certos grupos populacionais e a dificuldade de acesso ao tratamento adequado^{2,3}.

Ainda que a maior parte da população prisional seja composta de homens, torna-se cada vez mais crescente e significativo o percentual de mulheres no cárcere. O aumento das taxas de aprisionamento feminino e a invisibilidade das mulheres presas ou egressas do sistema prisional justificam a necessidade de compreender sua situação nas prisões brasileiras, sobretudo relacionada às condições de vulnerabilidade e adoecimento, uma vez que temos um sistema prisional pensado e voltado para homens⁴⁻⁷.

Às mulheres em privação de liberdade pode-se atribuir um contexto multifatorial de vulnerabilidade, que inclui acesso limitado a mecanismos de prevenção, sendo estes bens e serviços de saúde; violência sexual; percepções distorcidas em relação ao risco e transmissão de infecções^{8,9}.

Relatório do Departamento Penitenciário Nacional¹⁰ aponta 1.204 mulheres com agravos transmissíveis, cerca de 5,3% da população feminina em comparação a 2,4% da população masculina acometida. Destas, 46,9% convivem com HIV, 35% com sífilis, 6,8% com hepatites e 4,8% com tuberculose. Frente a essa realidade nacional, a hipótese é de que seja também significativa a ocorrência de infecções por HIV, hepatites B e C e sífilis entre a PPL feminina do município de Juiz de Fora/Minas Gerais e de que alguns fatores se associem à positividade para essas infecções, acentuando a condição de vulnerabilidade dessas mulheres. Face ao exposto, objetivou-se analisar a prevalência de casos de HIV/aids, hepatites B e C e sífilis e fatores associados em mulheres privadas de liberdade no referido município, com o propósito de tornar mais efetivos o rastreamento, a identificação precoce e o tratamento oportuno de casos existentes e suas coinfeções entre as mulheres no contexto carcerário.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um inquérito epidemiológico realizado por meio de censo com toda a PPL feminina reclusa no município de Juiz de Fora/Minas Gerais, entre setembro/2021 e janeiro/2022. O rastreamento ocorreu por meio de entrevistas, testes rápidos para as infecções e aconselhamento (pré e pós-testes). Realizou-se ainda coleta de exames complementares e confirmatórios com encaminhamento ao serviço de referência do município, quando necessário. A pesquisa contou com a parceria da Secretaria de Saúde do município, Secretaria de Estado e

Segurança Pública, Hospital Universitário da Juiz Fora (HU/UFJF) e laboratórios de análises clínicas regionais.

Para o direcionamento deste estudo, foram seguidas as diretrizes da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology – Strobe*¹¹. Os itens de composição do relatório Strobe foram elaborados por um processo de colaboração que inclui pesquisadores que trabalham nas áreas de epidemiologia, estatística e metodologia de pesquisa, além de editores de diversas revistas científicas¹².

População

Minas Gerais conta com a segunda população carcerária do país, e Juiz de Fora possui um dos maiores números de estabelecimentos e a maior concentração de detentos, considerando as demais regionais do estado¹³, incluindo o anexo prisional feminino, considerado um dos maiores estabelecimentos e com a maior concentração de detentas, acautelando mulheres do município e de sua regional.

Esta pesquisa foi realizada com mulheres em regime provisório, fechado ou semiaberto registradas no Sistema de Informações Penitenciárias do município, uma amostra de 206 mulheres (162 em regime fechado e 44 em semiaberto). Sendo que 171 (83% da população) aceitaram o convite para participar da etapa de rastreio com os testes rápidos. As mulheres que apresentaram positividade no rastreio foram encaminhadas para coleta de exames complementares e confirmatórios, destas, sete (12,2%) foram consideradas como perda, por motivo de: recusa, transferência e/ou já estar em tratamento no serviço de tratamento para HIV (se rastreasse positivo para outra infecção, já sendo portadora de HIV em tratamento, seria opcional a acautelada realizar os exames complementares onde já seguia em acompanhamento).

Procedimento de pesquisa

A abordagem às acauteladas ocorreu individualmente quando eram escoltadas a algum tipo de atendimento ao serviço de saúde prisional ou no próprio pavilhão. Neste realizava-se uma primeira abordagem por cela. Em ambos os cenários, as mulheres que consentissem participar da pesquisa eram escoltadas a uma cela reservada. Para garantir a padronização da coleta e o procedimento de pesquisa, as mulheres eram direcionadas individualmente para o atendimento com as pesquisadoras (enfermeiras capacitadas pelo serviço de testagem do município).

No atendimento, as acauteladas eram submetidas a uma entrevista (face a face) com as pesquisadoras, com um momento de pré-aconselhamento, utilizando um roteiro estruturado

baseado no protocolo nacional para investigação e controle das doenças infectocontagiosas¹⁴ e protocolos de vigilância e controle de agravos infectocontagiosos prevalentes no Brasil¹⁵. Em seguida, eram convidadas a realizar os testes rápidos.

Os testes baseiam-se na técnica de imunoensaio e detecção de anticorpos qualitativos para o HIV 1/2/O (laboratório Abon), sífilis (anticorpos treponêmicos, laboratório Bioclin); qualitativo de superfície hepatite B e C (respectivamente, laboratórios Bioclin e Abon). Uma pequena amostra de sangue foi coletada através de punção digital com lanceta estéril. O tempo dos testes variou de 15 a 30 minutos, conforme orientação dos laboratórios. Após esse tempo, as mulheres recebiam seus resultados de forma individual e sigilosa.

Mulheres com resultados não reagentes para HIV no primeiro teste já eram consideradas negativas, sendo aconselhadas e sensibilizadas em relação à prevenção da infecção. Do mesmo modo, as mulheres com testes negativos para sífilis e hepatites, sem antecedentes clínicos autorrelatados, recebiam orientação e prevenção sobre a transmissão das infecções. Por outro lado, se positivasse ou se apresentasse indeterminado para o primeiro teste HIV, as mulheres eram testadas com um segundo teste (laboratório Biomanguinhos) para confirmação diagnóstica e encaminhamento ao serviço especializado. Os resultados positivos e indeterminados no rastreio para hepatites e sífilis eram considerados triagem sorológica, sendo agendada uma segunda coleta com exames complementares/confirmatórios, na sífilis [sanguíneo não treponêmico/VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)] e hepatites B e C (coleta de sangue para carga viral/quantificação do vírus). Confirmada a positividade, as mulheres eram tratadas na unidade prisional e/ou encaminhadas aos serviços especializados do município, considerando a agenda de atendimentos e a organização da escolta externa até a rede de saúde.

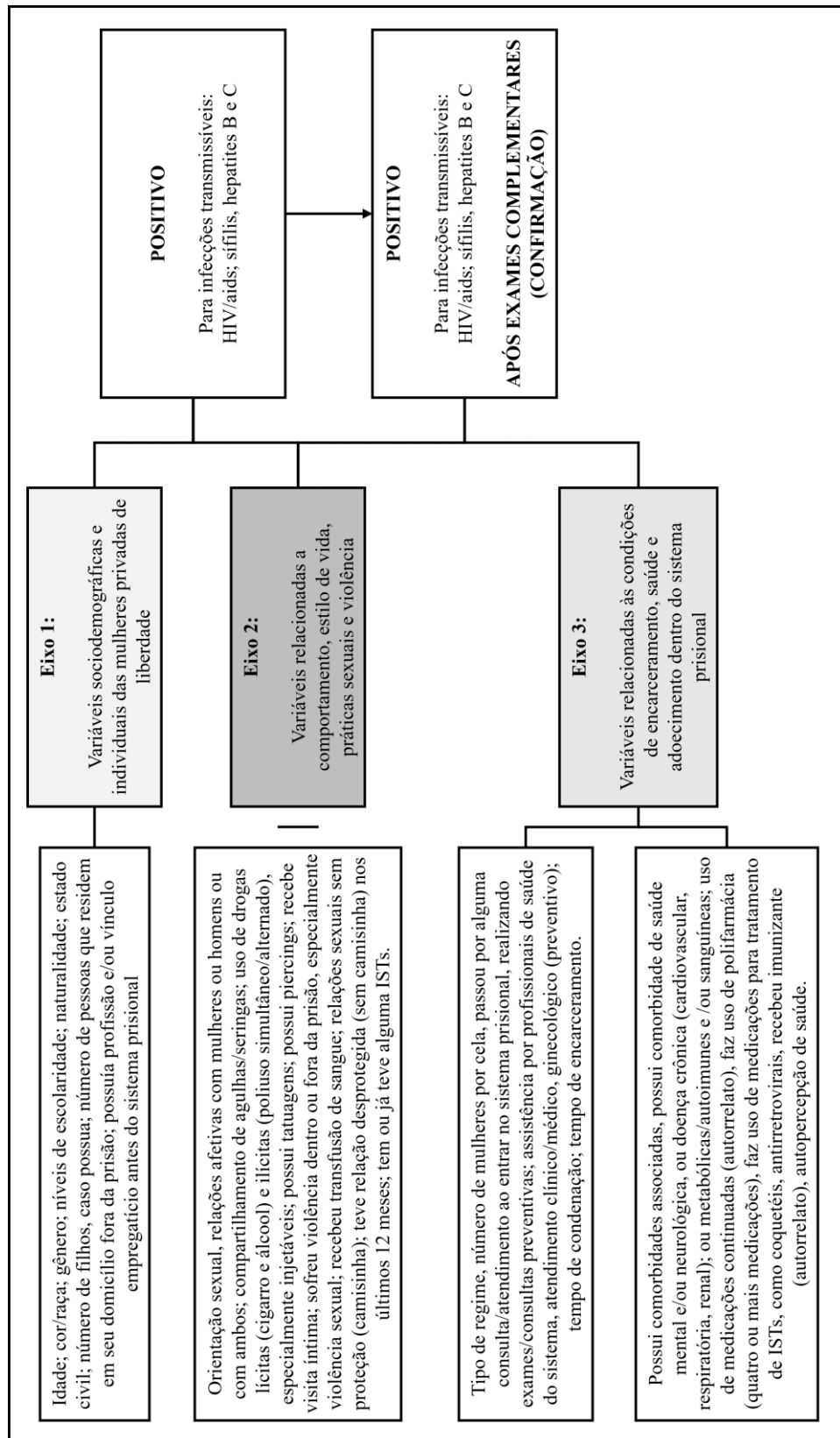
Os resultados e encaminhamentos foram registrados no roteiro de entrevistas e um laudo dos atendimentos individuais de cada uma das mulheres foi anexado aos seus prontuários de saúde no serviço de saúde do sistema prisional.

Variáveis analisadas

O roteiro adaptado de entrevista constava de perguntas sobre o perfil sociodemográfico; clínico-epidemiológico; condição de saúde e adoecimento e acesso aos bens e serviços de saúde dentro do sistema; além de dados comportamentais e rotina no sistema prisional, se recebiam visitas íntimas. Com base nessas perguntas e para a análise de associação, foi proposto um modelo teórico com três eixos de grupos de variáveis independentes:

Eixo 1 - variáveis sociodemográficas e individuais das mulheres privadas de liberdade; Eixo 2: variáveis referentes a comportamento, estilo de vida, práticas sexuais e violência; Eixo 3: variáveis relacionadas às condições de encarceramento, saúde e adoecimento dentro do sistema prisional; e as variáveis dependentes para o desfecho dos testes de rastreio e exames complementares em (SIM/NÃO) para qualquer uma das infecções, HIV/aids, hepatites B e C e sífilis (Figura 1).

Figura 1: Diagrama representativo das variáveis - Infecções transmissíveis no Sistema Prisional feminino



Análise de dados

Foi utilizado o *software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 29.0. Inicialmente, os dados foram submetidos à análise descritiva para obtenção das medidas de frequência absolutas e relativas das variáveis. Posteriormente, foram realizadas medidas de associação entre as características/variáveis da população privada de liberdade feminina e os desfechos de positividade para as doenças de investigação neste estudo.

Variáveis quantitativas foram analisadas conforme suas médias ou medianas, por testes paramétricos ou não (conforme padrão de distribuição). Comparações de proporções foram feitas pelo teste qui-quadrado, ajustado pelo teste de Fischer, quando necessário. Foram obtidas medidas de associação (odds ratio) brutas e ajustadas por regressão logística para construção de modelos de predição com controle de variáveis de confusão. Na análise bivariada e multivariada de regressão linear, foram realizados os controles das variáveis, adotando nível de significância 5%.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) sob o Parecer 3.784.839, Caae 20635219.4.0000.5147, de 19/12/2019, e apresentado ao Ministério da Justiça do Estado de Minas Gerais e aprovado formalmente e, por conseguinte, pela Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais - Sejusp/MG. Foi também apresentado à Secretaria de Saúde do município e autorizada a realização.

RESULTADOS

A soroprevalência de qualquer uma das infecções na etapa de rastreio foi 33,4% (n=57), na etapa complementar de exames, 20,5% (n=35) confirmaram a positividade. A prevalência do HIV foi 7% (n=12) no rastreio e etapa confirmatória; sífilis 25,1% (n=43) no rastreio e 12,9% (n=22) na confirmação; hepatite C teve prevalência de 3,5% (n=6) no rastreio, sendo confirmados 2,9% (n=5). Na hepatite B, a prevalência foi 0%, não foram detectados casos.

A coinfeção HIV com hepatite C foi detectada em 1,2% (n=2) das mulheres; HIV com sífilis 1,2% (n=2); e coinfeção das três infecções HIV, sífilis e hepatite C em 0,6% (n=1) (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência de HIV/aids, sífilis e hepatites B e C na população feminina privada de liberdade, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2021/2022.

População feminina do estudo (n=171)	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
HIV/aids ^a	12	7,0	12	7,0
Sífilis ^b	51	29,8	24	14,0
Hepatite B	0	0,0	0	0,0
Hepatite C ^c	8	4,7	5	4,0
Alguma IST (combinada)				
HIV+ Hepatite	2	1,2	2	1,2
HIV+ Sífilis	2	1,2	2	1,2
HIV+Sífilis+Hepatite C	1	0,6	1	0,6
Possui qualquer uma das ISTs	57	33,4	35	19,9

IST: Infecção sexualmente transmissível

^a Na investigação da infecção, foi detectado um caso novo (incidência) durante os testes de rastreio.

^b Na investigação da infecção, 25 casos traziam histórico da doença (autorrelato), sendo a confirmação diagnóstica indicada em exame complementar (não treponêmico).

^c Na investigação da infecção, cinco casos traziam histórico da doença (autorrelato), sendo a confirmação diagnóstica indicada em exame complementar.

Sobre a descrição da população feminina do estudo, a Tabela 2 apresenta suas principais características. Entre elas, a idade das mulheres, variando de 18 a 63 anos, com média de 32 anos e mediana 34 anos, cor/raça predominante preta, 84,2% (n=48); baixa escolaridade, no máximo até oito anos de estudo, 64,9% (n=37); natural da própria sede do sistema, 47,4% (n=27); e autodeclaradas solteiras ou sem companheiro(a), 50,9% (n=29); sem vínculo/ocupação, 63,2% (n= 36), antes do aprisionamento.

Tabela 2 – Caracterização das mulheres privadas de liberdade, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022, com desfecho positivo para as infecções para HIV/aids, sífilis, hepatites B e C.

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções			
	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
Idade				
De 18 a 26 anos	11	19,3	9	25,7
De 27 a 32 anos	15	26,3	10	28,6
De 33 a 40 anos	17	29,8	8	22,9
Acima de 40 anos	14	24,6	8	22,9
Cor/raça				
Branca	9	15,8	4	11,4
Preta ou Parda	48	84,2	31	88,6
Amarela	0	0,0	0	0,0
Gênero				
Cisgênero	55	96,5	34	97,1
Transgênero	2	3,5	1	2,9
Escolaridade				
Até 8 anos de estudo	37	64,9	23	65,7
De 9 a 11 anos de estudo	11	19,3	4	11,4
12 anos ou mais de estudo	7	12,3	6	17,1
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	2	5,7
Naturalidade				
Sede Sistema prisional (JF)	27	47,4	20	57,1
Fora de JF, outras cidades dentro de MG	23	40,4	12	34,3
Fora de MG	6	10,5	2	5,7
Fora do Brasil	0	0,0	0	0,0
Não sabe/não quis informar	1	1,8	1	2,9
Estado Civil				
Sem companheiro(a)	29	50,9	19	54,3
Com companheiro(a)	27	47,4	15	42,9
Não sabe/não quis informar	1	1,8	1	2,9
Profissão/vínculo antes do cárcere				
Possuía vínculo	12	21,1	7	20
Não possuía vínculo	36	63,2	21	60
Não sabe/Não quis informar	9	15,8	7	20
Orientação sexual				
Heterossexual	46	80,7	32	91,4
Homossexual	4	7	1	2,9
Bissexual	5	8,8	0	0,0
Assexual	2	3,5	2	5,7
Compartilhamento de agulhas e/ou seringas				
Sim	7	12,3	5	14,3
Não	42	73,7	25	71,4
Não sabe/Não quis informar	8	14	5	14,3
Uso de drogas lícitas (cigarro)				
Sim, faço uso no momento	48	84,2	30	85,7
Nunca usei	8	14	4	11,4
Já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a)	1	1,8	1	2,9

Continua

Continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções			
	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
Uso de drogas lícitas (álcool)				
Sim, faço uso no momento	4	7	2	5,7
Nunca usei	25	43,9	17	48,6
Já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a)	28	49,1	16	45,7
Uso de drogas ilícitas (cocaína)				
Sim, faço uso no momento	1	1,8	1	2,9
Nunca usei	36	63,2	23	65,7
Já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a)	20	35,1	11	31,4
Uso de drogas ilícitas (crack)				
Sim, faço uso no momento	3	5,3	3	8,6
Nunca usei	26	45,6	15	42,9
Já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a)	28	49,1	17	48,6
Possui tatuagem				
Sim	47	82,5	28	80
Não	9	15,8	6	17,1
Não sabe/Não quis informar	1	1,8	1	2,9
Possui piercing				
Sim	29	50,9	20	57,1
Não	26	45,6	14	40
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	1	2,9
Recebe visita íntima				
Sim	1	1,8	0	0,0
Não	55	96,5	34	97,1
Não sabe/Não quis informar	1	1,8	1	2,9
Sofreu violência dentro ou fora da prisão (últimos 12 meses)				
Sim	39	68,4	25	71,4
Não	18	31,6	10	28,6
Violência física/verbal				
Sim	39	68,4	25	71,4
Não	18	31,6	10	28,6
Assédio e/ou agressão sexual				
Sim	1	1,8	0	0,0
Não	56	98,2	35	100
Tentativa de autoextermínio				
Sim	12	21,1	6	17,1
Não	45	78,9	29	82,9
Já recebeu transfusão de sangue?				
Sim	8	14	6	17,1
Não	49	86	29	82,9

Continua

Continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções			
	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
Uso do preservativo nas relações sexuais				
Não, nunca uso	23	40,4	14	40
Raramente eu uso	7	12,3	6	17,1
Às vezes eu uso	9	15,8	6	17,1
Uso frequentemente	15	26,3	9	25,7
Não sei/Não quero informar	3	5,3	0	0,0
Teve alguma relação desprotegida (sem camisinha) nos últimos 12 meses				
Sim	35	61,4	22	62,9
Não	19	33,3	12	34,3
Não sabe/Não quis informar	3	5,3	1	2,9
Tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa				
Tenho e/ou já tive	32	56,1	21	60
Não	24	42,1	13	37,1
Não sei/ Não quero responder	1	1,8	1	2,9
Regime de encarceramento				
Fechado	14	24,6	8	22,9
Semiaberto e aberto	19	33,3	12	34,3
Provisório	24	42,1	15	42,9
Número de mulheres que residem com você na cela				
De 8 a 20 mulheres	18	31,6	12	34,3
21 a 24 mulheres	11	19,3	5	14,3
25 a 31 mulheres	15	26,3	12	34,3
Acima de 31 mulheres	11	19,3	6	17,1
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	0	0,0
Quando entrou na unidade prisional passou por algum atendimento				
Sim	42	73,7	22	62,9
Não	11	19,3	10	28,6
Não sabe/Não quis informar	4	7	3	8,6
Em relação à assistência médica por profissionais de saúde do sistema. Você recebeu?				
Sim, recebi atendimento médico e/ou de outros profissionais de saúde.	41	71,9	22	62,9
Não recebi atendimento algum	16	28,1	13	37,1
Você foi submetida? Consulta ginecológica/exame preventivo)				
Sim, realizei consulta (preventivo)	2	3,5	1	2,9
Não recebi este tipo de consulta/exame	55	96,5	34	97,1
Tempo de encarceramento. Há quanto tempo está aqui?				
0,50 a 3,84 meses	13	22,8	11	31,4
3,85 a 20 meses	32	56,1	19	54,3
20,01 a 336 meses	12	21,1	5	14,3

Continua

Continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções			
	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
Você tem alguma doença crônica não transmissível?				
Sim	23	40,4	11	31,4
Não	32	56,1	23	65,7
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	1	2,9
Faz uso de medicações para tratamento de ISTs				
Sim, faço uso	9	15,8	9	25,7
Não, não faço uso	47	82,5	26	74,3
Não sei/Não quero informar	1	1,8	0	0,0
Faz uso de medicações que atuam no Sistema Nervoso Central				
Sim, faço uso	34	59,6	17	48,6
Não, não faço uso	22	38,6	18	51,4
Não sei/Não quero informar	1	1,8	0	0,0
Autopercepção de saúde (Você diria que sua saúde é)				
Excelente	6	10,5	4	11,4
Muito boa	5	8,8	4	11,4
Boa	31	54,4	17	48,6
Regular	8	14	6	17,1
Ruim	7	12,3	4	11,4

Evidencia-se a presença de duas pessoas transgêneros em ambas as etapas (rastreamento e confirmatória), que biologicamente tiveram seu registro de nascimento como mulheres, mas se identificavam como sendo do gênero masculino, ainda assim, o sistema prisional os alocava no anexo feminino e nominalmente recebiam seu nome de registro (feminino). Presenciou-se que a mesma realidade acontecia com uma mulher transgênero no sistema, ela ficava no alojamento masculino junto com os homens, considerando sua condição biológica de nascimento.

A maior parcela das acauteladas informou não compartilhar agulhas e/ou seringas, 73,7% (n=42), mas fazem uso de drogas lícitas como cigarro, 84,2% (n=48); bebida alcoólica, 49,1% (n=28) e drogas ilícitas, sendo o crack a principal autorrelatada, 49,1% (n=28). A presença de tatuagens é expressiva, em 82,5% (n=47) das mulheres e piercings em 50,9% (n=29) delas. Questionadas sobre o uso do preservativo, 40,4% (n=23) afirmaram “que nunca usam” e 61,4% (n=35) já tiveram alguma relação desprotegida (sem camisinha) nos últimos 12 meses. Muito embora, quase a totalidade das mulheres negou receber visita íntima de seus(suas) parceiros(as), 96,5% (n=55). Questionadas se possuem ou já possuíram alguma doença infectocontagiosa, 56,1% (n=32) afirmaram que sim.

A maior parte das mulheres está em regime provisório, 42,1% (n=24); habitando celas com oito a 20 mulheres, 31,6% (n=18); em períodos de encarceramento variando de 3,85 a 20

meses (3 meses a 1 ano e meio) em 56,1% (n= 32). Sobre as características relacionadas a sua condição de saúde, 80,7% (n=46) fazem uso de medicações continuadas, principalmente aquelas que atuam no sistema nervoso central, 59,6% (n=34). Quase a totalidade da amostra declara não ter recebido ao menos uma consulta direcionada à saúde da mulher (ginecológica), 96,5% (n=55), ainda assim, 54,4% (n=31) percebem sua saúde como “boa”.

A Tabela 3 apresenta a análise bivariada realizada entre as variáveis, considerando o desfecho positivo para alguma das infecções no rastreio e confirmação.

Tabela 3 – Análise bivariada entre as características da população feminina em relação aos desfechos positivos nos testes de rastreio e exames confirmatórios para infecções HIV/aids, sífilis e hepatites B e C

continua

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreio			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95 %	p valor	OR Bruta	IC95 %	p valor
Idade						
Até 32 anos	0,67	0,35-1,28	0,234	1,12	0,53-2,35	0,766
Mais de 32 anos	1			1		
Cor/raça						
Branca	0,63	0,27-1,46	0,284	0,43	0,14-1,33	0,137
Preta ou parda	1			1		
Gênero						
Cisgênero	0,32	0,26-0,40	0,044	0,25	0,015-4,13	0,298
Transgênero	1			1		
Escolaridade						
Até 8 anos de estudo	2,97	1,16-7,57	0,019	1,73	0,63-4,72	0,280
De 9 a 11 anos de estudo	1,17	0,40-3,43	0,764	0,43	0,11-1,67	0,217
12 anos ou mais de estudo	1			1		
Naturalidade						
Na sede Sistema prisional (JF)	2,03	0,68-6,02	0,196	4,73	0,99-22,49	0,036
Fora de JF, outras cidades	0,77	0,26-2,25	0,644	1,35	0,27-6,56	0,709
Minas Gerais						
Fora de Minas Gerais	1			1		
Estado Civil						
Sem companheiro(a)	0,56	0,29-1,08	0,086	0,76	0,35-1,64	0,498
Com companheiro(a)	1			1		
Profissão/vínculo empregatício antes do cárcere?						
Sim, possuía	0,47	0,22-0,99	0,047	0,48	0,19-1,20	0,115
Não, não possuía	1			1		
Orientação sexual mulheres						
Heterossexual	0,37	0,29-0,46	0,069	0,25	0,19-0,34	0,019
Homossexual	0,21	0,08-0,50	0,019	0,05	0,00-0,35	<0,001
Bissexual	0,19	0,08-0,42	0,011	-*	-*	<0,001
Assexual	1			1		

Continua

continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreio			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95%	p valor	OR Bruta	IC95%	p valor
Compartilhamento de agulhas e/ou seringas						
Sim	3,54	0,98-12,77	0,042	3,40	0,96-12,04	0,047
Não	1			1		
Uso de drogas lícitas (cigarro)						
Sim, faço uso no momento e/ou já usei	2,31	0,98-5,43	0,050	2,71	0,89-8,23	0,069
Nunca usei	1			1		
Uso de drogas lícitas (álcool)						
Sim, faço uso no momento e/ou já usei	0,78	0,41-1,50	0,466	0,64	0,30-1,35	0,245
Nunca usei	1			1		
Uso de drogas ilícitas (como cocaína)						
Sim, faço uso no momento e/ou já usei	0,68	0,35-1,31	0,254	0,63	0,29-1,37	0,246
Nunca usei	1			1		
Uso de drogas ilícitas (crack)						
Sim, faço uso no momento e/ou já usei	5,89	2,87-12,08	<0,001	4,66	2,13-10,20	<0,001
Nunca usei	1			1		
Possui tatuagem?						
Sim	0,91	0,38-2,20	0,844	0,80	0,29-2,19	0,670
Não	1			1		
Possui piercing?						
Sim	0,90	0,47-1,72	0,756	1,25	0,58-2,67	0,566
Não	1			1		
Recebe visita íntima?						
Sim	0,27	0,03-2,31	0,280	1,26	1,16-1,37	0,147
Não	1			1		
Sofreu violência dentro ou fora da prisão (últimos 12 meses)?						
Sim	2,97	1,52-5,82	0,001	2,98	1,33-6,68	0,006
Não	1			1		
Violência física e/ou verbal?						
Sim	2,97	1,52-5,82	0,001	2,98	1,33-6,68	0,006
Não	1			1		

Continua

continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreio			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95%	p valor	OR Bruta	IC95%	p valor
Sofreu assédio e/ou agressão sexual?						
Sim	2,0	0,12-32,86	0,615	1,26	1,16-1,36	0,471
Não	1			1		
Tentativa de autoextermínio?						
Sim	1,76	0,76-4,06	0,182	1,13	0,41-3,06	0,806
Não	1			1		
Já recebeu transfusão de sangue?						
Sim	0,96	0,38-2,42	0,947	1,32	0,48-3,62	0,587
Não	1			1		
Em relação ao uso do preservativo						
Não, nunca uso	0,48	0,21-1,10	0,082	0,56	0,21-1,44	0,226
Raramente eu uso	0,98	0,30-3,16	0,973	1,63	0,47-5,70	0,437
Às vezes eu uso	0,90	0,30-2,61	0,847	1,01	0,32-3,50	0,925
Uso frequentemente	1					
Teve alguma relação desprotegida (sem camisinha) nos últimos 12 meses?						
Sim	1,45	0,74-2,85	0,273	1,36	0,62-2,99	0,431
Não	1			1		
Tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa?						
Não	0,03	0,01-0,09	<0,001	0,08	0,03-0,19	<0,001
Sim, tenho e/ou já tive	1			1		
Tipo de regime de encarceramento						
Fechado	1,04	0,53-2,03	0,909	0,98	0,44-2,14	0,959
Semiaberto e aberto	1			1		
Número de mulheres que residem com você na cela						
Até 24 mulheres	1,0	0,56-2,05	0,828	0,86	0,40-1,81	0,692
Mais de 24 mulheres	1			1		
Quando entrou na unidade prisional, passou por algum atendimento/exame/consulta de saúde (ou seja, um rastreio sobre sua condição de saúde)?						
Sim	1,39	0,63-3,06	0,403	0,66	0,28-1,56	0,351
Não	1			1		

Continua

continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreio			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95 %	p valor	OR Bruta	IC95 %	p valor
Em relação à assistência médica por profissionais de saúde do sistema. Você recebeu? Consulta clínica/médica						
Sim, recebi atendimento médico/clínico e/ou de outros profissionais de saúde	1,0	0,49-2,02	1,000	0,58	0,26-1,28	0,180
Não recebi atendimento algum	1			1		
Em relação à assistência médica/enfermagem por profissionais de saúde do sistema. Você recebeu?						
Consulta ginecológica/exame preventivo.						
Sim, realizei consulta preventivo	0,79	0,14-4,21	0,785	0,63	0,07-5,47	0,679
Não recebi este tipo de exame/consulta aqui	1			1		
Já foi condenada?						
Já fui condenada	0,77	0,40-1,47	0,442	0,93	0,44-1,97	0,857
Ainda não fui condenada/ “Estou em regime provisório”	1			1		
Tempo de encarceramento (Há quanto tempo está aqui?)						
Até 11 meses	1,50	0,79-2,85	0,213	2,49	1,13-5,49	0,021
Mais que 11 meses	1			1		
Você tem alguma doença crônica não transmissível?						
Sim	0,69	0,36-1,33	0,270	0,44	0,20-0,98	0,042
Não	1			1		
Faz uso de medicação continuada (autorrelato)?						
Sim	1,95	0,88-4,32	0,094	1,22	0,51-2,94	0,647
Não	1			1		
Faz uso de medicações para tratamento de ISTs?						
Sim, faço uso	3,42	2,69-4,35	<0,001	6,19	4,35-8,80	<0,001
Não, não faço uso	1			1		
Faz uso de medicações que atuam no Sistema Nervoso Central?						
Sim, faço uso	1,16	0,60-2,23	0,646	0,61	0,28-1,28	0,193
Não, não faço uso	1			1		

Continua

conclusão

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreio			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95%	p valor	OR Bruta	IC95%	p valor
Autopercepção de saúde (Você diria que sua saúde é)						
Excelente a boa	1,89	0,94-3,80	0,071	1,50	0,66-3,37	0,325
Regular a ruim	1			1		

-*Não foi possível gerar medida de associação, em virtude de células contendo “zero” na tabela de referência cruzada.

Foram significativas no Eixo 1 as variáveis: gênero, mulheres cisgênero apresentam 68% menos chance para um desfecho positivo a qualquer uma das infecções em relação às transgênero (OR bruta= 0,32; IC 95% 0,26-0,40; p=0,044). Mulheres com menor escolaridade (até oito anos de estudo) apresentaram quase três vezes mais chance para qualquer uma das infecções em comparação a mulheres com 12 anos ou mais de estudo (OR bruta= 2,97; IC 95%1,16-7,57; p=0,019). E aquelas com algum tipo de vínculo ou profissão antes do cárcere possuíam 53% menos chance para o desfecho positivo de qualquer uma das infecções em comparação com aquelas que não possuíam profissão/ocupação (OR bruta= 0,47; IC 95%0,22-0,99; p=0,047). Na etapa de exames confirmatórios, foi observada uma associação significativa entre mulheres naturais da própria sede do sistema prisional, com quase cinco vezes mais chances de desfecho para uma das infecções, comparando com mulheres naturais de outros estados ou municípios (OR bruta= 4,76; IC 95%0,99-22,49; p=0,036).

No Eixo 2, foram significativas as variáveis: orientação sexual, tanto nas etapas de rastreio como confirmatória, mulheres homossexuais apresentam 79% (OR bruta= 0,21; IC 95% 0,08-0,50; p=0,019) e 95% (OR bruta= 0,05; IC 95% 0,00-0,35; p=<0,001) menos chance para um desfecho positivo para as infecções, comparadas às mulheres que se autodeclaram assexuais. Semelhantemente, mulheres bissexuais apresentam 81% menos chance de positividade quando comparadas às mulheres que se autodeclaram assexuais (OR bruta= 0,19; IC 95% 0,08-0,42; p=0,011). Aquelas que compartilham/compartilharam agulhas e seringas apresentaram quase quatro vezes mais chance para desfecho positivo para alguma infecção em comparação às que não compartilham (OR bruta= 3,54; IC 95% 0,98-12,77; p=0,042), associação semelhante se deu na etapa confirmatória (OR bruta= 3,40; IC 95% 0,96-12,04; p=0,047). Mulheres que declararam fazer ou já terem feito uso do crack com quase seis vezes mais chance para o desfecho positivo para as infecções (OR bruta= 5,89; IC 95% 2,87-12,08; p<0,001), deu-se semelhante associação na etapa confirmatória (OR bruta= 4,66; IC 95% 2,13-

10,20; $p < 0,001$). Não foram encontradas associações significativas em relação ao uso de outras drogas.

Entre mulheres que declaram ter sofrido violência dentro ou fora da prisão, nos últimos 12 meses, há uma razão de quase três vezes mais chances de desfecho positivo para alguma das infecções tanto na etapa rastreio como na etapa confirmatória (OR bruta= 2,97; IC 95% 1,52-5,82; $p = 0,001$) e (OR bruta= 2,98; IC 95% 1,33-6,68; $p = 0,001$). Os tipos de violência mais significativos foram a física e/ou a verbal.

O fato de ter uma infecção e/ou já ter tido foi significativo ao desfecho para uma nova infecção. Essa associação não ocorreu somente no rastreio, justificada pela soroprevalência, ou traço imunológico de algumas infecções, mas ocorreu também na etapa confirmatória. Também aquelas que fazem tratamento com uso de medicações para tratamento de ISTs, como coquetéis antirretrovirais, têm quatro vezes mais chance para desfecho positivo para alguma infecção (OR bruta= 3,42; IC 95% 2,69-4,35; $p < 0,001$), com razão de chances ainda maior na etapa confirmatória (OR bruta= 6,19; IC 95% 4,35-8-80; $p < 0,001$). Já as acauteladas que não possuem ou não tiveram infecções transmissíveis anteriormente, possuem 92% menos chance para um desfecho atual de alguma das infecções (OR bruta= 0,08; IC 95% 0,03-0,19; $p < 0,001$).

No Eixo 3, foram significativos o tempo de encarceramento, sendo que mulheres que estão no sistema há menos tempo (até 11 meses) apresentam quase três vezes mais chances de desfecho positivo, quando comparadas àquelas que estão há um ano ou mais (OR bruta= 2,49; IC 95% 1,13-5,49; $p = 0,021$). E mulheres que são portadoras de alguma patologia crônica possuem 56% menos chance para um desfecho positivo a qualquer uma das infecções (OR bruta= 0,44; IC 95% 0,20-0,98; $p = 0,042$).

As variáveis explicativas que apresentaram $p < 0,05$ foram incluídas em um modelo de regressão logística, permanecendo significativas para rastreio/testes confirmatórios: escolaridade; naturalidade; sofreu violência dentro ou fora da prisão, nos últimos 12 meses; tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa. O modelo final manteve variáveis com $p < 0,05$ e as ORs ajustadas nas etapas de rastreio e etapa confirmatória seguem apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Modelo final - análise multivariada entre as características da população feminina em relação aos desfechos positivos nos TESTES de RASTREIO para infecções HIV/aids, sífilis e hepatites B e C

Testes de rastreio			
Variáveis independentes	OR ajustado	IC95%	P ^a
Gênero (transgêneros)	0,00	0,00 – *	NS
Escolaridade (até oito anos de estudo)	9,59	1,01-91,09	0,049
Naturalidade (da própria sede do sistema prisional)	2,80	0,83-9,37	NS
Orientação sexual (mulheres assexuais)	1,38	0,24-7,84	NS
Compartilhamento de agulhas e/ou seringas	1,06	0,07-15,74	NS
Uso de drogas ilícitas (crack)	2,14	0,69-5,67	NS
Sofreu violência dentro ou fora da prisão, nos últimos 12 meses	4,58	1,24-15,85	0,022
Tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa	0,02	0,00-0,14	P<0,001
Faz uso de medicações para tratamento de ISTs, como coquetéis antirretrovirais	1,42	0,00 – *	NS
Testes confirmatórios			
Variáveis Independentes	OR ajustado	IC95%	P*
Escolaridade (até oito anos de estudo)	2,22	0,40-12,12	NS
Naturalidade (da própria sede do sistema prisional)	6,50	1,42-29,62	0,016
Orientação sexual (mulheres assexuais)	2,59	0,22-29,60	NS
Compartilhamento de agulhas e/ou seringas	12,66	0,38-419,46	NS
Uso de drogas ilícitas (crack)	1,13	0,25-5,09	NS
Sofreu violência dentro ou fora da prisão, nos últimos 12 meses	6,73	1,13-39,91	0,036
Tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa	0,076	0,11-0,51	0,008
Tempo de encarceramento (Há quanto tempo está aqui?)	1,54	0,34-6,86	NS
Você tem alguma doença crônica não transmissível?	0,72	0,16-3,16	NS
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui?	0,00	0,00 – *	NS
Metabólica ou autoimune ou sanguínea			
Faz uso de medicações para tratamento de ISTs, como coquetéis antirretrovirais	7,16	0,00 – *	NS

^a Nível de significância estatística fixado em p<0,05.

NS: Não significativo

* Não foi possível gerar intervalo.

DISCUSSÃO

Desfechos positivos para infecções transmissíveis envolvem fatores multidimensionais, tratando-se de um inquérito epidemiológico realizado por meio de censo a analisar esses fatores e a epidemiologia dessas infecções entre as acauteladas do complexo prisional feminino do município, este é o primeiro identificado. Após a análise ajustada multivariada, as variáveis que se mantiveram significativas indicam que menores níveis de escolaridade, o fato de ser natural do município, ter sofrido violência e já ser portadora de alguma infecção transmissível influencia as chances de ocorrência para as infecções HIV/aids, sífilis e hepatite C.

Entre os achados das infecções mais prevalentes, a sífilis foi apontada como a infecção de maior prevalência no rastreio e exames complementares, em sequência, o HIV/aids e hepatite

C. A hepatite B não foi encontrada na investigação. Achados semelhantes foram encontrados em estudo de Benedetti⁹.

Há esforços, em especial nas últimas décadas, para reduzir os indicadores da sífilis no Brasil, com ampliação da oferta diagnóstica e testes rápidos, entretanto, não têm sido suficientes para conter o avanço da infecção. Por vezes, relacionado à falta de associação entre prevenção, métodos diagnósticos, aconselhamento e tratamento adequados^{16,17}.

Dados da população prisional brasileira apontam que cerca de 55% são de jovens até 29 anos. Em relação à escolaridade, cerca de 51% não concluíram o ensino fundamental, enquanto 4% eram analfabetos e outros 6% apenas alfabetizados¹⁸. Somente 9% das pessoas presas alcançam o ensino médio. São indicadores que revelam a privação da liberdade em jovens com pouca qualificação, baixa renda e reduzidas chances de ingressar no mercado de trabalho. Além disso, o predomínio de jovens, em idade produtiva, é um importante indicador da seletividade do sistema penal no país.

A prevalência evidencia a representação da população jovem nas prisões, enquanto 55% da população nas prisões é jovem, na sociedade, a população jovem tem uma representação de apenas 18%¹⁹. Para Aguiar²⁰, por se apresentarem frequentemente de forma assintomática, sendo de difícil detecção, a população jovem acaba sendo mais acometida pelas infecções²¹. Além disso, a baixa escolaridade também aumenta significativamente a prevalência de ISTs em relação às mulheres com ensino médio ou superior.

Outra característica demográfica significativa neste estudo foi o fato de ser natural da região. Uma busca da situação epidemiológica do município, no período de 2013-2017, revela 418 casos notificados de HIV em um total de 12.909 casos do estado²², quase no mesmo período, 2012 a 2017, 810 casos de sífilis adquirida foram notificados, destes, 50% ocorreram somente no ano de 2017^{23,24}. Pode-se inferir que a situação das mulheres acauteladas representa um reflexo da situação epidemiológica das infecções na região.

Do mesmo modo, a violência triplica as chances para aquisição de uma infecção transmissível. Se, por um lado, o crescimento de índices de violência no Brasil refletiria o crescimento da população carcerária²⁵, em se tratando das mulheres no cárcere, o próprio contexto reflete formas de violência que se agravam, a exemplo o histórico da violência familiar “doméstica” que as tornam mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis^{26,27,28}. Uma análise da Organização Pan-Americana e Organização Mundial de Saúde²⁹ constatou que mulheres que sofreram violência de ordem física ou sexual por parte de seus parceiros eram 1,5 vez mais propensas a ter uma infecção sexualmente transmissível, sendo uma dessas infecções o HIV.

Outro agravante que se soma é ter uma infecção transmissível ou já ter tido, que pode sugerir uma maior razão de chances para aquisição de novas infecções. Isso porque são agravos que apresentam mecanismos de transmissão semelhantes (sexual, parenteral ou por via vertical). Essa associação assemelha-se a estudos sobre a coinfeção entre as mulheres, considerando rotas de transmissão semelhantes⁹. Por outro lado, inegável que ter tido ou ser portadora de alguma infecção poderia levar um maior acesso a meios de prevenção e tratamento/atendimento de saúde. Em estudo de Simões *et al.*³⁰, foi observado que ter diagnóstico de outras ISTs apresentaria associação independente com uma maior chance de coinfeção HIV/sífilis, considerando que o conhecimento prévio sobre os fatores associados a essa coinfeção subsidiaria decisões dos profissionais de saúde inseridos no cuidado, em relação a diagnóstico, acompanhamento e tratamento adequados.

De certo, os resultados desta pesquisa reforçaram a compreensão de que a PPL feminina compõe ainda um grupo vulnerável às doenças infectocontagiosas. Porém, a limitação deste estudo se relaciona ao aspecto da segurança, que se sobrepõe em vários momentos à realização dos cuidados de saúde. Algumas agentes prisionais apresentaram resistência em se retirar do local da abordagem durante a realização da coleta dos dados e exames, fato conflitante e limitante inicialmente. Soma-se a isso a perda de seguimento de algumas mulheres positivas no rastreio para realização do exame confirmatório devido à inviabilidade logística de realizar os exames complementares em sequência ao rastreio.

Limitante também foi o roteiro adaptado, pois algumas informações eram autorreferidas. Entende-se que informações relacionadas a comportamento sexual, acesso a serviços e violência podem ser conflitantes e até difíceis de ser expostas, principalmente se relacionadas ao cenário em que se encontram. Não há como garantir a total veracidade dos fatos, podendo ter havido algum viés de resposta, de negação ou afirmação, apesar de todos os esforços das pesquisadoras para obter informações verídicas e completas.

Outra questão importante a colocar como uma limitação do estudo é que pode ter interferido nas perdas de participantes foi o período da coleta de dados, que ocorreu durante a pandemia covid-19 e no final do ano, quando há o período de festas natalinas/ano novo, em que muitas acauteladas recebem o indulto natalino, que significa o perdão da pena, com sua consequente extinção, tendo em vista o cumprimento de alguns requisitos (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS, 2012). Além deste, há o direito ao benefício da saída temporária às mulheres que cumprem os requisitos para tal. As mulheres que gozam desse direito possuem o direito a cinco saídas por ano com duração de sete dias cada e intervalo mínimo de 45 dias entre uma e outra saída, normalmente as saídas temporárias

ocorrem em datas comemorativas como Natal/ano novo, período coincidente com a coleta de dados deste estudo (PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO; SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, 1999).

Finda-se este estudo, reiterando a importância de expandir o mesmo para a população masculina privada de liberdade, incluindo outras infecções transmissíveis e reemergentes, principalmente no sistema prisional, como a tuberculose.

Infecções como HIV/aids, sífilis e hepatites B e C podem acometer e gerar maior impacto sobre grupos mais estigmatizados, “à margem” de seus direitos sociais. Nesta análise, a própria condição de saúde e adoecimento, com baixo nível de escolaridade, destituídas da liberdade para percorrer a rede de saúde do município, uma vez que estão em cárcere, vitimadas e/ou com histórico de violência, impõe a essas mulheres uma maior condição de vulneráveis em comparação à população em geral.

Conforme já pontuado, há ainda um fator limitante ao conhecimento das informações sobre as mulheres privadas de liberdade que é a escassez dos dados sistemáticos sobre essa população, o que dificulta o levantamento do número de casos em um cenário nacional e local.

Por fim, constata-se que o desfecho para alguma das infecções na PPL associou-se a menores níveis de escolaridade, exposição a violência e histórico de doenças infectocontagiosas. Os achados poderiam apontar ainda caminhos para tornar mais efetivo o acompanhamento dessa população, considerando a importância do rastreio, o adequado diagnóstico e tratamento com o seguimento dessas mulheres em privação de liberdade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Fundação Osvaldo Cruz. Escritório Técnico Fiocruz Mato Grosso do Sul. Saúde das Populações Vulneráveis. Estudo multicêntrico da prevalência de hepatites B, C e sífilis na população carcerária de Mato Grosso do Sul [pesquisa]. Mato Grosso do Sul (MS): Ministério da Saúde; 2018 [citado 17 jun 2020]. Disponível em: <http://www.matogrossodosul.fiocruz.br/pesquisa/saude-das-populacoes-vulneraveis/estudo-multicentrico-da-prevalencia-de-hepatites-b-c-e-sifilis-na-populacao-carceraria-de-mato-grosso-do-sul>
2. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, *et al*. Estimativas globais da prevalência e incidência de quatro infecções sexualmente transmissíveis curáveis em 2012 com base em revisão sistemática e relatórios globais. PLoS One. 2015; 10(12): E0143304. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143304>
3. Pinto VM, Basso CR, Barros CR dos S, Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. Cien

Saude Colet. [Internet]. 2018 Jul; 23(7): 2423–32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>

4. Siqueira DP, Andrecioli SM. A vulnerabilidade das mulheres encarceradas e a justiça social: o importante papel da educação na efetividade no processo de ressocialização. RDD [Internet]. 2019; 28 (51): 61-77. <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2019.51.61-77>

5. Delziovo CR, Oliveira CS, Jesus LO, Coelho EBS. Atenção à Saúde da Mulher Privada de Liberdade [Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7427/1/Saude_Mulher.pdf

6. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR), Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres 2016. 2. ed. Brasília, DF; 2018.

7. Borges I, Borges BH. A invisibilidade das mulheres presas e egressas do sistema prisional brasileiro. Escritos de mulher [Internet]. 2020 [citado 2022 set 7]. <https://www.conjur.com.br/2022-set-07/escritos-mulher-invisibilidade-mulher-presa-egressa-sistema-prisional>

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, DF; 2018 [Atualizado em 21/11/2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil.pdf/view>

9. Benedetti MSG, Nogami ASA, Costa, BB, Fonsêca HIF, Costa IS, Aguiar I, *et al.* Sexually transmitted infections in women deprived of liberty in Roraima, Brazil. Rev Saude Publica [Internet]. 2020; 54 (105). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002207>

10. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR), Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres, jun. de 2014. Brasília, DF; 2014. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/noticias/estudo-tracaperfil-da-populacaopenitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>.

11. STROBE Group. (2007). STROBE Statement: strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. Strobe checklist: version 4. Bern: University of Bern. <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>

12. Malta, M., Cardoso L. O., Bastos, F. I., Magnanini, M. M. F., & Silva, C. M. F. P. (2010). Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Revista de Saúde Pública, 44(3), 559-565. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>

13. Conselho Nacional de Justiça. Ação de identificação civil de pessoas presas é retomada com lançamento em MG. Brasília, DF: CNJ; 2023. Disponível: <https://www.cnj.jus.br/acao-de-identificacao-civil-de-pessoas-presas-e-retomada-com-lancamento-em-mg/>

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

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf

15. Moura AS. Doenças Infectocontagiosas na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: Nescon UFMG; 2016. p. 202.

16. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias [atualização – jun. de 2017]. Brasília, DF; 2017. Disponível em:

<https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017.pdf>

17. Leite AG da S, Damasceno LM, Conceição SC, Motta PFC. Testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites crônicas na população carcerária em um complexo penitenciário de Salvador (BA), Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2022; 27(12):4467–74. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10462022>

18. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR), Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN, jun. de 2016 [online]. Brasília, DF; 2016. Disponível em: <http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>

19. Castro VD. Módulo Gestão no Sistema Prisional, unidade 1. Estrutura e Sistema Prisional. In: Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Curso de aperfeiçoamento em atenção à saúde no sistema prisional; 2020.

20. Aguiar BM, Alves LGS, Holzmann APF, Lima AG, Pereira JCS, Machado APN, *et al.* Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis de adolescentes privados de liberdade. Hea. Rev. [Internet]. 2021; 4(1), 2666–2675. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-214>

21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS. Brasília, DF; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_atencao_integral_hiv.pdf

22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. HIV AIDS. Brasília, DF; julho de 2017 a junho de 2018, v. 49, n.53. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/boletim2018/boletim_hiv_aids2018.pdf

23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília, DF; outubro 2018, v. 49, nº 45. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>

24. Prefeitura de Juiz de Fora (PJF). Secretaria de Saúde. Boletim Epidemiológico. A Sífilis em Juiz de Fora. Minas Gerais, MG; agosto 2018, n.2.

25. Machado NO, Guimarães IS. A Realidade do Sistema Prisional Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Revista Eletrônica de Iniciação Científica. 2014; 5 (1): 566-581.

26. Araújo TME, Araújo Filho ACA, Feitosa KVA. Syphilis prevalence among women in the prison system of a northeastern Brazilian capital. *Rev Eletr Enf*. 2015; 17(4):1-10. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.28898>
27. Trigueiro DRSG, Aguiar SA, Monroe AA, Costa GPO, Bezerra VP, Nogueira JA. AIDS and jail: social representations of women in freedom deprivation situations. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(4):554-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500003>
28. Barros MAR, Penha JC, Galiza DDF. The relationship of socio-economic, sexual and reproductive conditioners concerning the use of a contraceptive method of prison inmates. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr. 13]; 10(12):4599-605. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11528>
29. Pan American Health Organization (PAHO)/ World Health Organization (WHO). *Violência contra as mulheres*. 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>
30. Simões LA, Mendes JC, Silveira MR, Costa AMG da, Lula MD, Ceccato M das GB. Factors associated with HIV/syphilis co-infection initiating of antiretroviral therapy. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2022; 56:59. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003904>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao discorrer sobre os dados desta pesquisa, acentua-se que, no mesmo município de Juiz de Fora, houve um estudo de Aquino *et al.* (2022) sobre a autoavaliação do estado de saúde das mulheres e um inquérito de Laurindo, Leite e Cruz (2022), com enfoque nos fatores associados a sintomas ansiosos e depressivos; ambos realizados com 99 mulheres acauteladas da época. Há ainda alguns estudos realizados no estado de Minas Gerais, como o de Tomazela *et al.* (2020) com buscas em prontuários do sistema prisional e Aguiar *et al.* (2021) com dados secundários em centros de Testagem. Mas, tratando-se de um inquérito epidemiológico realizado por meio de censo pensado para analisar a epidemiologia de HIV/aids, sífilis e hepatites B e C, entre as acauteladas do complexo prisional regional feminino do município, este trabalho é o primeiro a ser identificado.

Este estudo teve uma taxa de adesão de 83% das mulheres, com rastreamento de 33,4% casos positivos para qualquer uma das infecções estudadas, um resultado superior ao encontrado em outros estudos de mesma natureza, como no de Benedetti *et al.* (2020), cujos achados foram de 20,2%, em 168 mulheres. Considerando a possibilidade de falsos negativos, resultados indeterminados ou com memória sorológica para algumas das infecções, direcionando para falsos positivos no rastreamento, foi tomada a decisão de estender este inquérito à fase de exames complementares confirmatórios.

Cabe ressaltar que a parceria com a rede de saúde do município representou um compromisso com as mulheres, com os sujeitos desta pesquisa e com as usuárias do SUS em privação de liberdade que, no atual momento, não teriam livre acesso à rede de saúde municipal, se não fosse por escolha, poderiam enfrentar desafios para iniciar seu tratamento em tempo necessário. Além disso, trata-se de um compromisso social assumido com a escolha desse objeto, a fim de impedir uma cadeia de transmissibilidade das infecções que poderiam ser potencializadas na época, sobretudo, ao se considerar o contexto de outro agravamento de saúde sanitária, que foi a pandemia da covid-19.

Desse modo, em uma etapa confirmatória/complementar dos exames, manteve-se ainda uma significativa prevalência para positividade de alguma das infecções de 20,5%; ou seja, em torno de cinco mulheres da amostra, ao menos uma era positiva para alguma das infecções em nossos achados, sendo assim, a maioria das mulheres com resultado positivo foi encaminhada para o percurso de tratamento, na rede de saúde do estado e município.

Entre os achados das infecções mais prevalentes, a sífilis foi apontada como a mais presente no rastreamento e após exames complementares, em seguida, HIV/aids e, posteriormente, a

hepatite C. A hepatite B não foi encontrada na investigação. Achados semelhantes são encontrados na literatura científica, como no estudo de Benedetti *et al.* (2020), a sífilis foi a infecção de maior soroprevalência entre mulheres privadas de liberdade, em seguida HIV/aids, e nenhum achado para hepatite B.

O município de Juiz de Fora, em seu momento atual, enfrenta dados preocupantes diários de casos novos da infecção, com 150 diagnósticos confirmados entre janeiro e o início de abril de 2023 (Costa, P., 2023), realidade que condiz com um cenário nacional. Há esforços, em especial nas últimas décadas, para reduzir os índices da sífilis no Brasil, com a ampliação da oferta de cobertura diagnóstica e realização de testes rápidos, entretanto, essas medidas não têm sido suficientes para conter o avanço da infecção, muitas vezes relacionado à falta de associação entre prevenção, métodos diagnósticos, aconselhamento e tratamento adequados (Brasil, 2017e; Leite *et al.*, 2022).

Em relação aos fatores associados a HIV/aids, sífilis e hepatites B e C, neste estudo, após a análise ajustada multivariada, as variáveis: escolaridade, naturalidade, se sofreu violência fora ou no sistema prisional nos últimos 12 meses e se já tem ou teve alguma doença infectocontagiosa mantiveram-se significativas. Esses resultados indicam que o desfecho para alguma das infecções HIV/aids, sífilis e hepatite C é influenciado por menores níveis de escolaridade, pelo fato de ser natural do município e seu entorno e de ter sofrido violência nos últimos 12 meses, assim como, por já ser portador de alguma infecção transmissível.

Os resultados desta pesquisa reforçaram a compreensão de que a PPL feminina compõe ainda um grupo em condição de vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas, e estão relacionadas a esse agravo questões sociais, econômicas, educacionais e, sobretudo, a exposição das mulheres à violência física e verbal, por vezes, sofrida dentro e fora das prisões ou no próprio âmbito familiar.

Entende-se que a identificação da prevalência e fatores associados ao adoecimento por infecções como HIV/aids, hepatites B e C e sífilis poderia apontar caminhos para tornar mais efetivo o acompanhamento dessa população na rede de atenção à saúde do município, considerando a importância do rastreio como um mecanismo de prevenção e detecção precoce, em determinados estratos populacionais.

De modo geral, pretende-se que sejam estabelecidas ações mais resolutivas por meio do alcance precoce a esses grupos em maior condição de vulnerabilidade, além de capacitações, produção e/ou revisão de protocolos. Assim, seriam possíveis condutas mais efetivas para uma melhora na condição de saúde e cuidado da PPL feminina e, por conseguinte, dos trabalhadores que atuam nesse cenário e seus comunicantes.

Reconhecer o perfil e a prevalência da PPL acometida por patologias transmissíveis oportuniza, mais facilmente, a aplicação de ações nesse contexto e a identificação de lacunas e caminhos para tornar mais efetivo o itinerário e acompanhamento na rede de atenção à saúde no município. Cabe ressaltar que não havia dados concretos sobre a real situação da PPL feminina, especialmente casos incidentes. Com isso, estudos epidemiológicos que determinam os marcadores de saúde nesses grupos levam à discussão e, ainda, a caminhos que direcionem a reformulação de políticas públicas regionais e estaduais, para a melhoria da assistência no controle de HIV/aids, hepatites B e C e sífilis. Pode-se assim elucidar caminhos efetivos para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dessas infecções e suas comorbidades no âmbito prisional, consideradas ainda como um desafio para a saúde pública brasileira.

E, pontualmente, a possibilidade de identificação de demandas e planejamento de futuras ações de intervenção em saúde já traduzem alguns dos benefícios alcançados com nosso trabalho; além do oportuno aconselhamento e encaminhamento da PPL feminina, de forma universal pelo SUS, com acesso a resultados, tratamento e seguimento na rede, quando necessário.

Por outro lado, faz-se necessário destacar a limitação deste estudo relacionada ao aspecto da segurança nesse cenário, que se sobrepõe em vários momentos à realização dos cuidados de saúde. Algumas agentes prisionais apresentaram resistência em se retirar do local da abordagem, durante a realização dos testes e exames confirmatórios para detecção das infecções. Esse fato foi conflitante e limitante inicialmente, mas esclarecida a dinâmica e aspectos éticos do estudo e exames, obteve-se êxito, e as pesquisadoras puderam ficar sozinhas com cada uma das acauteladas. Outro fator limitante foi a perda de seguimento para realização do exame confirmatório de algumas mulheres que apresentaram resultados reagentes no rastreio.

Em razão da logística da segurança prisional e organização de espaços, não foi possível realizar os exames complementares em sequência ao rastreio, sendo feito um novo agendamento para etapa confirmatória. Sem dúvida, essa nova data levou a uma perda de seguimento por fatores, como: transferência, saída temporária e liberdade provisória. Outro fator limitante foi o questionário utilizado como instrumento de coleta de dados composto de variáveis com informações autorreferidas; como foram abordadas temáticas pessoais, relacionadas a comportamento sexual, acesso a serviços e recursos, além da violência, acredita-se que se tratava de informações conflitantes e até difíceis de ser externadas por quem as vivencia. Não há como garantir a total veracidade das respostas, podendo ter havido algum viés,

de negação ou afirmação, apesar de todos os esforços das pesquisadoras para obter informações verídicas e completas.

Sendo assim, finda-se este estudo com a população feminina, reiterando a importância de expandir a pesquisa também para a população masculina privada de liberdade, investigando outras infecções transmissíveis e reemergentes, principalmente no sistema prisional, como a tuberculose. A compreensão dessas infecções e da vulnerabilidade a que a PPL está exposta possibilita integrar novas medidas ao gerenciamento dos serviços, criando e/ou provocando espaços de debate sobre o cuidado humanizado, individualizado e resolutivo às demandas da PPL e, por conseguinte, sobre os agravos que impactam a sociedade em geral.

É considerável que infecções como HIV/aids, sífilis e hepatites B e C podem acometer e gerar maior impacto sobre grupos mais estigmatizados, “à margem” de seus direitos sociais; os quais, nessa análise, foram elencados como sendo a própria condição de saúde e adoecimento da desigualdade de gênero em ser mulher, o baixo nível de escolaridade, destituição da liberdade para percorrer a rede de saúde do município, em condição de cárcere, vitimadas e/ou com histórico de violência. De certo, tais limitações impõem a essas mulheres uma maior condição de vulnerabilidade, em comparação com a população em geral. Independentemente da circunstância que as coloca naquele cenário, a condição de acesso aos bens e recursos, sem dúvida, esbarra em princípios constitucionais, principalmente sobre o direito básico de saúde.

REFERÊNCIAS

- AFFELDT, A. B.; SILVEIRA, M. F.; BARCELOS, R. S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 79–86, 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000100009.
- AGÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL EM SAÚDE PÉ DA SERRA. Laboratório de análises clínicas. Juiz de Fora, 2023. Disponível em: <https://www.acispes.com.br/detalhe-da-materia/info/laboratorio-de-analises-clinicas/6579>. Acesso em: 11 maio 2023.
- AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. Balanço 2018. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/balanco-2018-ativistas-apontam-avanco-do-conservadorismo-como-principal-fato-do-ano/>. Acesso em: 13 jul. 2020.
- AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. Longe dos estereótipos dos anos 80, como as pessoas com HIV vivem hoje, informa Carta Capital. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/longe-dos-estereotipos-dos-anos-80-como-as-pessoas-com-hiv-vivem-hoje/>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- AGUIAR, B. M. *et al.* Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis de adolescentes privados de liberdade. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 1, p. 2666–2675, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-214.
- ALCÂNTARA, R. L. A.; SOUSA, C. P. C.; SILVA, T. S. M. Infopen mulheres de 2014 e 2018: desafios para a pesquisa em psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 88–101, 2018. Número especial. DOI: 10.1590/1982-3703000212154.
- ALMEIDA, L. E. D. F. *et al.* Prevalence HIV infections between incarcerated men in Brazil: cross-sectional study at the Paraná state penitentiary system. **Journal of the International AIDS Society**, Hoboken, v. 20, p. 26–27, 2017. Supplement 2. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.7448/IAS.20.3.21954>. Acesso em: 6 abr. 2020.
- AQUINO, L. C. D. *et al.* Autoavaliação ruim do estado de saúde: prevalência e fatores associados em mulheres privadas de liberdade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210275, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0275.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. Deputada verifica superlotação em penitenciária. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2022/05/11_com_direitos_humanos_visita_penitenciaria_juiz_fora. Acesso em: 10 maio 2023.
- ASSUNÇÃO, C. H. V. **A saúde da mulher**: a situação das encarceradas do Presídio Feminino de Florianópolis. 2010. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120842/284712.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 jul. 2020.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111–126, 2006. DOI: 10.1590/S0365-05962006000200002.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117–139.

BALAYAN, M. S. *et al.* Evidence for a virus in non-A, non-B hepatitis transmitted via the fecal-oral route. **Intervirology**, Basel, v. 20, n. 1, p. 23–31, 1983. DOI: 10.1159/000149370.

BARBOSA, M. L. *et al.* Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 586–592, 2014. DOI: 10.5935/1414-8145.20140083.

BARROS, L. A. S. *et al.* Epidemiology of the viral hepatitis B and C in female prisoners of Metropolitan Regional Prison Complex in the State of Goiás, Central Brazil. **Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 46, n. 1, p. 24–29, 2013. DOI: 10.1590/0037-868216972013.

BARSAGLINI, R. Do plano à política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1429–1439, 2016. DOI: 10.1590/S0103-73312016000300019.

BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BENEDETTI, M. S. G. *et al.* Sexually transmitted infections in women deprived of liberty in Roraima, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 105, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002207.

BENZAKEN, A. S. **Deteção de sífilis adquirida em comunidades de difícil acesso da região amazônica: desafio a ser superado com a utilização dos testes rápidos?** 2009. 113 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)—Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BERRA, J. A. P.; BACETTI, L. B.; BUZO, A. A. Soroprevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C em mulheres do Centro de Ressocialização Feminino, Rio Claro, São Paulo. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 65, n. 2, p. 133–136, 2006. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/RIAL/article/view/32886/31717>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BEZERRA, R. L. C. Breve histórico do sistema penitenciário e a Constituição Federal de 1988. 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/35961/breve-historico-do-sistema-penitenciario-e-a-constituicao-federal-de-1988>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BIOLO, A.; SELIGMAN, B. G.; SPRINZ, E. Fisiopatogenia e evolução natural da doença: fases da infecção. In: SPRINZ, E.; FINKELSZTEJN, A. (Org.). **Rotinas em HIV e AIDS**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p. 26–29.

BITTENCOURT, C. Teste rápido pode detectar HIV em apenas 30 minutos. 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/teste-rapido-pode-detectar-hiv-em-apenas-30-minutos>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BORGES, I.; BORGES, B. H. A invisibilidade das mulheres presas e egressas do sistema prisional brasileiro. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-set-07/escritos-mulher-invisibilidade-mulher-presa-egressa-sistema-prisional>. Acesso em: 7 set. 2022. 07/09/22.

BORGES, J. **O que é encarceramento em massa?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

BOSSONARIO, P. A. *et al.* Assistência às pessoas com HIV/aids no cárcere: revisão da literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. e20180324, 2020. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0324.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [1940]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [1984]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm#:~:text=L7210&text=LEI%20N%C2%BA%207.210%2C%20DE%2011%20DE%20JULHO%20DE%201984.&text=Institui%20a%20Lei%20de%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20Penal.&text=Art.%201%C2%BA%20A%20execu%C3%A7%C3%A3o%20penal,do%20condenado%20e%20do%20internado. Acesso em: 7 fev. 2019.

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**: seção 1, ano 128, n. 182, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>. Acesso em: 11 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano , n. 176, p. 39, 11 set. 2003. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/09/2003&jornal=1&pagina=39&totalArquivos=88>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf. Acesso em: 22 maio 2020. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal. Resolução nº 4, de 23 de novembro de 2005. Edita o presente Manual de Atendimento em Situações Especiais - GREVE DE FOME, como diretriz básica deste Conselho, sugerindo a sua mais ampla divulgação em todas as unidades federativas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF,

ano 142, n. 230, p. 28, 1 dez. 2005b. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/12/2005&jornal=1&pagina=28&totalArquivos=200>. Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Manuais 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **ABCDE do diagnóstico para as hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ABCDE_diagnostico_hepatites_virais.pdf.

Acesso em: 30 mar. 2020. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional. **PNAISP: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. [201-]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sífilis. [c201-]. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/infecoes-sexualmente-transmissiveis/sifilis>. Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Censo carcerário do Brasil**. Brasília: Fundação Seade/Depen, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **HIV: estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf.

Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf.

Acesso em: 15 mar. 2020. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 9, de 18 de novembro de 2011. In: BESTER, G. M.; LIMA, S. F. C. (Org.). **Conselho Nacional de**

Política Criminal e Penitenciária: diretrizes básicas para arquitetura prisional. Brasília: CNPCP, 2011. p. 9.

BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 150, p. 1, 6 ago. 2013a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=06/08/2013&totalArquivos=104>. Acesso em: 11 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.** Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029_17_12_2013.html. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf. Acesso em: 17 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN.** Brasília: Ministério da Justiça, 2014a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN mulheres.** Brasília: Ministério da Justiça, 2014b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 12, p. 75, 17 jan. 2014c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/01/2014&jornal=1&pagina=75&totalArquivos=168>. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 2, p. 18, 3 jan. 2014d. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/01/2014&jornal=1&pagina=18&totalArquivos=72>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. In: BRASIL. **Legislação em saúde no sistema prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Telelab diagnóstico e monitoramento. **Diagnóstico da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Telelab diagnóstico e monitoramento. **Diagnóstico de hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Telelab diagnóstico e monitoramento. **Diagnóstico de HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Hepatite C e coinfeções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 25, de 1 de dezembro de 2015. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais em Adultos e Crianças e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 230, p. 41, 2 dez. 2015b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/12/2015&jornal=1&pagina=41&totalArquivos=84>. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 202, p. 25, 20 out. 2016a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/10/2016&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=240>. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN mulheres**. 2. ed. Brasília: MJSP/Depen, 2017a.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **2º anuário do sistema penitenciário federal**: 2016. 2. ed. Brasília: Depen, 2017b.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento nacional de informações penitenciárias**: INFOPEN atualização - junho 2016. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional, 2017c. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/infopen-levantamento.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil livre da tuberculose**: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 36, p. 1–44, 2017e. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/81531/Boletim+epidemiol%C3%B3gico+S%C3%ADfilis+2017+%E2%80%93+Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde.pdf/e02b9901-0cad-bcff-c867-260c5e73551f?t=1648964446392>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chaves em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv-hepatites-virais-e-outras-infeccoes-sexualmente-transmissiveis/view>. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, ano 6, n. 1, p. 1–72, 2018b. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV Aids. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 49, n. 53, p. 1–72, 2018c. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 49, p. 1–48, 2018d. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Telelab. Testes rápidos - acesso rápido. Medtest HIV. Manual complementar HIV TR MEDTEST. Teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV. 2018e. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/155185/mod_resource/content/1/Manual%20Medteste%20HIV.pdf. Acesso em: 11 maio 2023.

BRASIL. Ministério Extraordinário da Segurança Pública. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 3, de 7 de junho de 2018. Apresenta recomendações que visam à interrupção da transmissão do HIV, das hepatites virais, da tuberculose e outras enfermidades entre as pessoas privadas de liberdade. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 112, p. 78, 13 jun. 2018f. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2018&jornal=515&pagina=78>. Acesso em: 1 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Depen divulga nota técnica sobre acesso à saúde no sistema prisional. Brasília, 7 abr. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/depen-divulga-nota-tecnica-sobre-acesso-a-saude-no-sistema-prisional>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 55, de 20 de agosto de 2020**. Recomenda ao Ministério da Saúde o fomento e a busca de parcerias para a ampliação de pesquisas epidemiológicas capazes de responderem às questões relativas à prevalência da infecção por covid-19 no Brasil, semelhante à realizada pelo projeto Epicovid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1329-recomendac-a-o-n-055-de-20-de-agosto-de-2020#:~:text=Recomenda%20ao%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde,realizada%20pelo%20projeto%20Epicovid%2D19>. Acesso em: 7 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual técnico para o diagnóstico da sífilis** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_sifilis_1ed.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV/Aids 2022. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, p. 1–78, 2022a. Número especial. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view. Acesso em: 9 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais 2022. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, p. 1–84, 2022b. Número especial. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais>. Acesso em: 9 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2022. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, p. 4–60, 2022c. Número especial. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view#:~:text=S%C3%A3o%20apresentados%20os%20casos%20de,\(Datasus\)%2C%20do%20Minist%C3%A9rio%20da](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view#:~:text=S%C3%A3o%20apresentados%20os%20casos%20de,(Datasus)%2C%20do%20Minist%C3%A9rio%20da). Acesso em: 9 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Unidade de Assistência e Unidade de Laboratório da Coordenação Nacional de DST/Aids. Contagem de células T CD4+ e testes de carga viral:

principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento anti-retroviral. 2022d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/16contagem_celulasTCDA.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2023.

CAMPOS, C. G. A. P. *et al.* A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 310–314, 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140024.

CANTOR, A. G. *et al.* Screening for syphilis: updated evidence report and systematic review for the Us Preventive Services Task Force. **JAMA**, Chicago, v. 315, n. 21, p. 2328–2337, 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.4114.

CAPRIOLI, M. S. *et al.* Foucault: poder, vigilância, disciplina e punição uma análise do conceito de panóptico em obra narrativa de ficção. **Informação & Informação**, Londrina, v. 22, n. 3, p. 297–319, 2017. DOI: 10.5433/1981-8920.2017v22n3p297.

CARBONE, A. S. S. *et al.* Estudo multicêntrico da prevalência de tuberculose e HIV na população carcerária do Estado do Mato Grosso do Sul. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 28, n. 01, p. 53–57, 2017. DOI: 10.51723/ccs.v28i01.116.

CARNEIRO, B. Anexo Feminino Eliane Betti é inaugurado na Penitenciária José Edson Cavaleri em Juiz de Fora. 9 nov. 2018. Disponível em: <http://www.depen.seguranca.mg.gov.br/index.php/noticias-depen-mg/3298-anexo-feminino-eliane-betti-e-inaugurado-em-penitenciaria-de-juiz-de-fora>. Acesso em: 11 maio 2023.

CARVALHO, O. F.; JARDILINO, J. R. L. A invisibilidade da mulher no sistema prisional brasileiro: esquecidas no tempo e no espaço. **Revista Educação e Políticas em Debate**, v. 6, n. 2, p. 236–254, 2017. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/view/46784>. Acesso em: 20 maio 2022.

CASTEJON, M. J. *et al.* Avaliação do desempenho de testes para diagnóstico da infecção pelo HIV. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 56, p. 1–17, 2020. DOI: 10.5935/1676-2444.20200024.

CASTRO, V. D. *et al.* Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1887–1896, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000800017.

CASTRO, V. D. *et al.* Unidade 1: Estrutura e sistema prisional. In: BRASIL, M. da Saúde. F. O. C. (Org.). **Curso de aperfeiçoamento em atenção à saúde no sistema prisional**. Módulo I - Gestão no Sistema Prisional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Hepatitis C Questions and Answers for Health Professionals. 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcvfaq.htm>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Viral Hepatitis Surveillance Report. 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2019surveillance/pdfs/2019HepSurveillanceRpt.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2021.

CHANG, Z. *et al.* Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. **The Lancet. Psychiatry**, Kidlington, v. 2, n. 5, p. 422–430, 2015. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00088-7.

CHEN, N. E. *et al.* Adherence to HIV treatment and care among previously homeless jail detainees. **AIDS and Behavior**, New York, v. 17, n. 8, p. 2654–2666, 2013. DOI: 10.1007/s10461-011-0080-2.

CONSELHO NACIONAL DA JUSTIÇA. Geopresídios. Dados das inspeções nos estabelecimentos penais. 2018. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em: 22 jan. 2019.

CORRÊA, C. S. **Violência urbana e vulnerabilidades**: o discurso dos jovens e as notícias de jornais. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)—Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/16109/16109_1.PDF. Acesso em: 15 ago. 2021.

COSTA, P. Juiz de Fora tem mais de um caso de sífilis confirmado por dia em 2023. **Tribuna de Minas**, Juiz de Fora, 25 abr. 2023. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/25-04-2023/juiz-de-fora-tem-mais-de-um-caso-de-sifilis-confirmado-por-dia-em-2023.html>. Acesso em: 29 abr. 2023.

CRUZ, H. M. **Avaliação do desempenho de testes rápidos na detecção de marcadores da infecção pelo vírus da hepatite B**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical)—Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

DAMANTE, C. A.; FERREIRA, R.; MAITO, S. Políticas públicas referentes ao HIV e Aids: onde estamos e para onde iremos? **Jornal da USP**, São Paulo, 22 mar. 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/politicas-publicas-referentes-ao-hiv-e-aids-onde-estamos-e-para-onde-iremos/>. Acesso em: 16 jul. 2020.

DAVIS, A. **A democracia da abolição**: para além do império, das prisões e da tortura. Rio de Janeiro: Difel, 2009.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELL AGNOLO, C. M. *et al.* Perfil de mulheres privadas de liberdade no interior do Paraná. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 4, p. 820–834, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n4/a4480.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

DIEGO, F. *et al.* Sistema prisional: as divergências sobre sua verdadeira função. **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 1, n. 2, p. 44–55, 2009. Disponível em: <https://docplayer.com.br/11540711-Sistema-prisional-as-divergencias-sobre-sua-verdadeira-funcao.html>. Acesso em: 23 fev. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Especialidades. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/saude/especialidades-1>. Acesso em: 11 maio 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. HU-UFJF é centro de referência em hepatites virais. 26 jul. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/comunicacao/noticias/2021/hu-ufjf-e-centro-de-referencia-em-hepatites-virais>. Acesso em: 11 maio 2023.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. **Prevenção, tratamento, apoio e cuidados com o HIV para pessoas que usam drogas estimulantes:** guia técnico. Viena: Undoc, 2019. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/Publicacoes/GuiaTecnico_HIV_PessoasQueUsamDrogas.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

FAZEL, S.; BAINS, P.; DOLL, H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. **Addiction**, Oxford, v. 101, n. 2, p. 181–191, 2006. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x.

FAZEL, S.; RAMESH, T.; HAWTON, K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. **The Lancet. Psychiatry**, Kidlington, v. 4, n. 12, p. 946–952, 2017. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30430-3.

FERNANDES, M. A. *et al.* Infecções sexualmente transmissíveis e as vivências de mulheres em situação de reclusão. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. e27774–e27774, 2016. DOI: 10.12957/reuerj.2016.27774.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Prevenção das hepatites virais através de imunização. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 82, n. 3, p. s55–s66, 2006. Suplemento. DOI: 10.1590/S0021-75572006000400007.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1997.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. Tradução Raquel Ramallete. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, p. 9–20, 2010. Suplemento 2., DOI: 10.1590/S0104-12902010000600003.

GATES, T. J. Screening for cancer: evaluating the evidence. **American Family Physician**, Kansas City, v. 63, n. 3, p. 513–522, 2001. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0201/p513.html>. Acesso em: 17 set. 2021.

GERMANO, I. M. P.; MONTEIRO, R. A. F. G.; LIBERATO, M. T. C. Criminologia crítica, feminismo e interseccionalidade na abordagem do aumento do encarceramento feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 27–43, 2018. Número especial. DOI: 10.1590/1982-3703000212310.

GÓIS, V. L. S. Humanismo constitucional no Brasil: desafios na efetivação do direito à saúde fundado no paradigma da dignidade humana. **Revista UNI-RN**, Natal, v. 7, n. 2, p. 83–83, 2008. Disponível em: <http://revistas.unirn.edu.br/index.php/revistaunirn/article/view/150/179>. Acesso em: 6 abr. 2020.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. A. **Cecil**: tratado de medicina interna. 23. ed. São Paulo: Elsevier/Medicinas Nacionais, 2010.

GOMES, A. P. *et al.* Hepatites virais: abordagem clínica com ênfase nos vírus A e E. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 139–146, 2012.

Disponível em:

<https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/7318/1/Hepatites%20virais%20abordagem%20cl%C3%ADICA%20COM%20%C3%A2NFASE%20NOS%20V%C3%ADRUS%20A%20E%20E.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2020.

GOMES, J. Secretaria de Estado de Saúde sensibiliza população para importância do diagnóstico e tratamento adequado das hepatites virais. Belo Horizonte, 24 jul. 2019. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/11337-secretaria-de-estado-de-saude-sensibiliza-populacao-para-importancia-do-diagnostico-e-tratamento-adequado-das-hepatites-virais>. Acesso em: 1 ago. 2020.

GRAÇA, B. C. *et al.* Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1–9, 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.7374.

GUERRA, H. S. *et al.* Sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 46, n. 3, p. 194–202, 2017. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/94/191>. Acesso em: 8 nov. 2020.

GUILHEM, D. **Escravas do risco**: bioética, mulheres e aids. Brasília: EdUnB/Finattec, 2005.

GUNDALINI, B.; TOMIZAWA, G. Mecanismo disciplinar de Foucault e o Panóptico de Bentham na era da informação. **ANIMA: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET**, Curitiba, ano 4, n. 9, p. 23–41, 2013. Disponível em: <https://www.opet.com.br/faculdade/revista-anima/pdf/anima9/anima9-2-O-MECANISMO-DISCIPLINAR-DE-FOUCAULT-E-O-PANOPTICO-DE-BENTHAM-NA-ERA-DA-INFORMACAO-Bruno-Guandalini-e-Guilherme-Tomizawa.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

JALKH, A. P. *et al.* Chlamydia trachomatis in human immunodeficiency virus-infected men treated at a referral hospital for sexually transmitted diseases in the Amazonas, Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 18, n. 2, p. 158–163, 2014. DOI: 10.1016/j.bjid.2013.06.007.

JANIER, M. *et al.* 2014 European Guideline on the Management of Syphilis. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, Oxford, v. 28, n. 12, p. 1581–1593, 2014. DOI: 10.1111/jdv.12734.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Global AIDS response progress reporting 2014**: construction of core indicators for monitoring the 2011. Geneva: Unaid, 2014.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Relatório informativo: dia mundial contra a Aids 2019. 2019. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/11/2019_UNAIDS_WAD2019_FactSheet.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Informações básicas sobre o HIV e Aids. [c2020]. Disponível em: <https://unaids.org.br/informacoes-basicas/>, <https://unaids.org.br/informacoes-basicas/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 2**: a sífilis em Juiz de Fora. Juiz de Fora: PJF, 2018. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/servicos/boletim/arquivos/1808.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. Programa DST/Aids. c2021. Disponível em: [//www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/servicos.php](http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/servicos.php). Acesso em: 11 maio 2021.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Laboratório Central é referência em diagnósticos e realiza mais de 110 mil exames por mês. Laboratório Central é referência em diagnósticos e realiza mais de 110 mil exames por mês. 27 out. 2021. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=72941>. Acesso em: 11 maio 2023.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Boletim informativo anual epidemiológico de sífilis do município de Juiz de Fora - 2021. 2022. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/servicos/boletim/arquivos/2022.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2023.

KOUYOUMDJIAN, F. G. *et al.* A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea and syphilis in incarcerated persons. **International Journal of STD & AIDS**, London, v. 23, n. 4, p. 248–254, 2012. DOI: 10.1258/ijsa.2011.011194.

KUCHENBECKER, R.; FERREIRA, J.; BARCELLOS, N. T. Infecção pelo HIV em adultos: parte II. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 1426–1439.

LAURINDO, C. R.; LEITE, I. C. G.; CRUZ, D. T. Prevalência e fatores associados a sintomas ansiosos e depressivos em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 4493–4509, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022712.08952022.

LAZZAROTTO, A. R.; DERESZ, L. F.; SPRINZ, E. HIV/AIDS e treinamento concorrente: a revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 149–154, 2010. DOI: 10.1590/S1517-86922010000200015.

LEAL, M. C. Unidade 2: Saúde materno-infantil. In: BRASIL, M. da Saúde. F. O. C. (Org.). **Curso de aperfeiçoamento em atenção à saúde no sistema prisional**. Módulo IV- Cuidado em saúde no sistema prisional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

LEITE, A. G. S. *et al.* Testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites crônicas na população carcerária em um complexo penitenciário de Salvador (BA), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 4467–4474, 2022. DOI: 10.1590/1413-812320222712.10462022.

LERMEN, H. S. *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905–924, 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000300012.

LIAM, Y.-F.; CHU, C.-M. Hepatitis B Virus Infection. **Lancet**, London, v. 373, n. 9663, p. 582–592, 2009. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60207-5.

LIMA, F. R. M. U. *et al.* Assistência à saúde no sistema penitenciário em indivíduos portadores de HIV. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**. Maceió, v. 4, n. 2, p. 251–251, 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4548/2619>. Acesso em: 19 abr. 2020.

LIMA, F. S.; JEREMIAS, J. D. C.; FERRAZZO, D. Como gênero e raça estruturam o sistema prisional: Diálogos com Ângela Davis sobre racismo e sexismo no controle punitivo brasileiro. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, p. 1–29, 2023. DOI: 10.1590/2179-8966/2023/66960.

LIMA, G. M. B. *et al.* Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 446–456, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jwF9hQQFwGH8mKWQwJjjW5H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2022.

MACHADO, A. E. B.; SOUZA, A. P. R.; SOUZA, M. C. Sistema penitenciário brasileiro - origem, atualidade e exemplos funcionais. **Revista do Curso de Direito**, São Paulo, v. 10, n. 10, p. 201–212, 2013. DOI: 10.15603/2176-1094/rcd.v10n10p201-212.

MAERRAWI, I. E. **Estudo dos fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatite B e C e sífilis e suas prevalências em população carcerária de São Paulo**. 2012. 190 f. Tese (Doutorado em Ciências)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

MARQUES, J. *et al.* A realidade do sistema prisional no Brasil: um dilema entre as penas e os direitos humanos. In: SEMINÁRIO DA PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS: CULTURA, DESIGUALDADE E DESENVOLVIMENTO, 5., 2015, Cachoeira. **Anais [...]**. Cachoeira: UFRB, 2015. . Disponível em: http://www3.ufrb.edu.br/sppgcs2015/images/Artigo-Aprovado-Final-1_1.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

MARTINS, E. L. C. *et al.* O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1222–1234, 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400009.

MARTINS, T.; NARCISO-SCHIAVON, J. L.; SCHIAVON, L. L. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 107–112, 2011. DOI: 10.1590/S0104-42302011000100024.

MASSON, C. **Direito penal esquematizado**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015. v. 1.

MELO, R. L. B. **Rastreamento e infecção da infecção por sífilis em mulheres privadas de liberdade do sistema prisional de Alagoas**. 2021. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família)–Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.

MENEZES, B. S.; MENEZES, C. P. P. O acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in)observância da lei de execuções penais. **Âmbito Jurídico**, São Paulo, 1 mar. 2014. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/o-acesso-a-saude-no-sistema-penitenciario-a-in-observancia-da-lei-de-execucoes-penais/>. Acesso em: 8 ago. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Alerta epidemiológico: julho amarelo estamos atentos**. Belo Horizonte: SESMG, 2018.

MINAS GERAIS. Departamento Penitenciário de Minas Gerais. Unidades Prisionais. Belo Horizonte, 18 maio 2020. Disponível em: <http://www.depen.seguranca.mg.gov.br/index.php/unidades/unidades-prisionais>. Acesso em: 15 ago. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Segurança Pública do Estado de Minas Gerais. Retorno de presos de saída temporária é maior em Minas do que no resto no país. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://www.seguranca.mg.gov.br/ajuda/story/2889-retorno-de-presos-de-saida-temporaria-e-maior-em-minas-do-que-no-resto-no-pais>. Acesso em: 11 maio 2023.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9–41. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2031–2040, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015217.08552016.

MIR, J. *et al.* Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 46, p. 25–30, 2015. DOI: 10.1016/j.addbeh.2015.02.016.

MIRABETE, J. F. **Processo penal**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

MONGUILHOTT, J. J. C. *et al.* Questões éticas implicadas no cuidado a gestantes portadoras de HIV. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v. 3, n. 1, p. 41–52, 2016. DOI: 10.14210/rbts.v3n1.p41-52.

MONROE, A. A. *et al.* Unidade 2: Promoção da saúde e promoção de doenças. In: BRASIL, M. da Saúde. F. O. C. (Org.). **Curso de aperfeiçoamento em atenção à saúde no sistema prisional**. Módulo III- Acolhimento e promoção da saúde no sistema prisional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

MOURA, A. S. **Doenças infectocontagiosas na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2016.

MOURA, J. P.; FARIA, M. R. Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com hiv/aids. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5214–5220, 2017. DOI: 10.5205/1981-8963-v11i12a22815p5214-5220-2017.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319–324, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000200007.

MUSUMECI, B. Mulher e violência no sistema de justiça criminal. **Trabalho e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 3–8, 2001. Disponível em: https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2011/05/Mulher_e_violencia_no_sistema_de_justica_criminal.pdf. Acesso em: 15 maio 2022.

NEGREIROS, D. E. H.; VIEIRA, D. S. Prevalência de hepatites b, c, sífilis e hiv em privados de liberdade- Porto Velho, Rondônia. **Revista Interdisciplinar**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 43–52, 2017. Disponível em: <https://uninovafapi.homologacao.emnuvens.com.br/revinter/article/view/1058>. Acesso em: 17 nov. 2022.

OLIVEIRA, G. G. Prisões na antiguidade: o direito penal nas sociedades primitivas. **Âmbito Jurídico**, São Paulo, 1 out. 2016. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/prisoas-na-antiguidade-o-direito-penal-nas-sociedades-primitivas/>. Acesso em: 18 jul. 2020.

ONOFRE, E. M. C.; JULIÃO, E. F. A educação na prisão como política pública: entre desafios e tarefas. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 51–69, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/V5W4MGrPhHnWn4HGnKcrs5L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, G. **Novos dados sobre hepatites destacam necessidade de uma resposta global urgente**. Brasília: OPAS, 2017. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5404:novos-dados-sobre-hepatites-destacam-necessidade-de-uma-resposta-global-urgente&Itemid=812. Acesso em: 18 jul. 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15–36, 2014. DOI: 10.1590/S0104-59702014000100002.

PARABONI, M. L. R. *et al.* Risk factors for infection with different hepatitis c virus genotypes in southern brazil. **The Scientific World Journal**, New York, v. 2012, p. 946954, 2012. DOI: 10.1100/2012/946954.

PARANÁ. Secretaria da Segurança Pública e Administração Penitenciária do Estado do Paraná. Escola de Formação e Aperfeiçoamento Penitenciário. **A história das prisões e dos sistemas de punições**. Curitiba, [20--]. Disponível em: <https://www.espen.pr.gov.br/Pagina/historia-das-prisoas-e-dos-sistemas-de-punicoes>. Acesso em: 18 jul. 2020.

PARHAM, P. **O sistema imune**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 39–60, 2000.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. Quando a vulnerabilidade se faz potência. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 178–187, 2018. DOI: 10.5380/psi.v22i3.56045.

PEREIRA, G. F. M. *et al.* HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. e190001, 2019. Suplemento 1., DOI: 10.1590/1980-549720190001.supl.1.

PEREIRA, L. M. M. B.; XIMENES, R. A. A.; MOREIRA, R. C. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**. Recife: EdUFPE, 2010.

PINTO FILHO, L. F. C. **A prisão**. São Paulo: Publifolha, 2002. (Coleção Folha Explica).

POMPILO, M. A. *et al.* Prevalence and epidemiology of chronic hepatitis C among prisoners of Mato Grosso do Sul State, Brazil. **Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases**, Botucatu, v. 17, n. 2, p. 216–222, 2011. DOI: 10.1590/S1678-91992011000200013.

PORTUGAL, J. **Lancet HIV destaca os resultados do PrEP Brasil**. Rio de Janeiro, 23 mar. 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/lancet-hiv-destaca-os-resultados-do-prep-brasil>. Acesso em: 23 jul. 2020.

PRASETYO, A. A. *et al.* Molecular epidemiology of HIV, HBV, HCV, and HTLV-1/2 in drug abuser inmates in Central Javan Prisons, Indonesia. **Journal of Infection in Developing Countries**, [S. l.], v. 7, n. 6, p. 453–467, 2013. DOI: 10.3855/jidc.2965.

PRATES, D. O.; REZENDE, F. M. Rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis como estratégia de ampliação do acesso e diagnóstico precoce na população em situação de rua: relato de experiência. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, Goiânia, v. 7, p. e7000056–e7000056, 2021. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/378/211>. Acesso em: 17 maio 2022.

PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO; SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. Saídas temporárias. In: PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO; SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. **Cartilha dos direitos e deveres do preso**. São Paulo: PGESP, 1999. Disponível em: <https://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/presos/parte9.htm>. Acesso em: 16 ago. 2023.

PUGA, M. A. M. *et al.* Prevalence and Incidence of HCV Infection among Prisoners in Central Brazil. **PloS One**, San Francisco, v. 12, n. 1, p. e0169195, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0169195.

QUEIROZ, D. R.; CASTRO, P. C. M.; AQUINO, S. S. Associação de proteção e assistência aos condenados (APAC) como medida alternativa ao cumprimento da pena. In:

CAMPAGNOLI, C. J. F.; AQUINO, S. S. (Org.). **Atualidades, controvérsias e os novos paradigmas jurídicos na seara criminal**. Curitiba: Bagai, 2020. p. 80–95.

REIS, C. B.; BERNARDES, E. B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3331–3338, jul. 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800032.

RIBEIRO, M. A. J.; SILVA, I. C. R. **A saúde no sistema prisional**. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2013.

RIO DE JANEIRO. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Ação civil pública com pedido de tutela de urgência. Rio de Janeiro, 29 abr. 2020. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/finalissima_acp_coronavirus_sistema_prisional_versao_29042020_assinado.pdf. Acesso em: 2 abr. 2022.

RIVLIN, A. *et al.* Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, London, v. 197, n. 4, p. 313–319, 2010. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.077883.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, n. 3, p. 168–175, 2004. DOI: 10.1590/S1020-49892004000900003.

RODRIGUES, L. A violência no sistema prisional brasileiro. 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-violencia-no-sistema-prisional-brasileiro/833635660>. Acesso em: 8 jul. 2020.

RODRIGUES NETO, J. *et al.* Prevalência da hepatite viral C em adultos usuários de serviço público de saúde do município de São José dos Pinhais - Paraná. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 627–638, 2012. DOI: 10.1590/S1415-790X2012000300016.

RUBENSTEIN, L. S. *et al.* HIV, Prisoners, and human rights. **Lancet**, London, v. 388, n. 10050, p. 1202–1214, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30663-8.

SÁ E SILVA, F. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: COSTA, A. B. *et al.* (Org.). **O Direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 242–252.

SANTOS, A. S.; LEMOS, E. F.; CRODA, J. H. R. Unidade 1. Porta de entrada. In: BRASIL, M. da Saúde. F. O. C. (Org.). **Curso de aperfeiçoamento em atenção à saúde no sistema prisional**. Módulo III- Acolhimento e promoção da saúde no sistema prisional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

SANTOS, J. H. P.; SANTOS, I. P. Prisões: um aporte sobre a origem do encarceramento feminino no Brasil. In: WOLKMER, A. C.; FONSECA, R. M.; SIQUEIRA, G. S. (Org.). **História do direito**. Florianópolis: CONPEDI, 2014. p. 387–401.

SANTOS, N.; BERMUDEZ, X. P. (Org.). **Guia sobre gênero, HIV/aids, coinfeções no sistema prisional**. Brasília: OPAS/UnAids, 2012.

SANTOS, R. L. *et al.* Ocorrência de doenças infectocontagiosas em pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 7, n. 2, p. 53–60, 2019. DOI: 10.17564/2316-3798.2019v7n2p%p.

SARMENTO, D. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. 2. ed. Belo Horizonte: Forum, 2016.

SCHROETER, A. L. *et al.* Treatment for early syphilis and reactivity of serologic tests. **JAMA**, Chicago, v. 221, n. 5, p. 471–476, 1972. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/343697>. Acesso em: 11 ago. 2022.

SCOLESE, E. Apenas 9% das presas têm visita íntima. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 maio 2008. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2605200815.htm>. Acesso em: 31 jul. 2019.

SILVA, A. A. S. *et al.* Prevalência de hepatite B e fatores associados em internos de sistema prisional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 66–72, 2017. DOI: 10.1590/1982-0194201700010.

SILVA, A. A. S.; ARAÚJO, T. M. E. Fatores associados à hepatite b em população carcerária: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, n. 9, p. 9276–9284, 2015. DOI: 10.5205/1981-8963-v9i9a10727p9276-9284-2015.

SILVA, A. L. *et al.* Hepatites virais: B, C e D: atualização. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 206–218, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2889.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.

SILVA, A. M. C. Do império à república considerações sobre a aplicação da pena de prisão na sociedade brasileira. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1–16, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2178-700X2012000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2023.

SILVA, G. A. *et al.* **Avaliação do programa de controle da tuberculose em Juiz de Fora-MG**. Juiz de Fora: UFJF, 2017.

SIQUEIRA, D. P.; ANDRECIOLI, S. M. A vulnerabilidade das mulheres encarceradas e a justiça social: o importante papel da educação na efetividade no processo de ressocialização. **Revista Direito em Debate**, Ijuí, v. 28, n. 51, p. 61–77, 2019. DOI: 10.21527/2176-6622.2019.51.61-77.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397–1397, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33552016.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1999–2010, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015217.24102015.

SOARES, S. C. L. *et al.* Sífilis em privados de liberdade em uma unidade prisional no interior de Rondônia. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 2, n. 3, p. 2195–2205, 2019. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1632/1506>. Acesso em: 5 abr. 2020.

SOJO DORADO, J. *et al.* Infecciones por treponemas: sífilis. **Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, Barcelona, v. 11, n. 51, p. 2993–3002, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4673106>. Acesso em: 8 maio 2022.

SOSMAN, J. *et al.* Sexually transmitted infections and hepatitis in men with a history of incarceration. **Sexually Transmitted Diseases**, Philadelphia, v. 38, n. 7, p. 634–639, 2011. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e31820bc86c.

SOUSA, J. R.; OLIVEIRA FILHO, E. W. Considerações acerca do sistema penitenciário brasileiro: detento, egresso, ressocialização e reincidência. **Revista Vertentes do Direito**, Palmas, v. 3, n. 2, p. 20–42, 2016. DOI: 10.20873/uft.2359-0106.2016.v3n2.p20-42.

SOUSA, K. A. A. *et al.* Fatores associados à prevalência do vírus da imunodeficiência humana em população privada de liberdade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03274, 2017. DOI: 10.1590/S1980-220X2016040903274.

SOUZA, E. M. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 547–548, 2005. DOI: 10.1590/S0365-05962005000600017.

SOUZA, M. G. *et al.* Co-infecção HIV e vírus da hepatite B: prevalência e fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 37, n. 5, p. 391–395, 2004. DOI: 10.1590/S0037-86822004000500004.

SOUZA, M. O. S.; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 417–423, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wr5LSLyWdFS9sZYrHDjf3FG/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2023.

STIEF, A. C. F. *et al.* Seroprevalence of hepatitis B virus infection and associated factors among prison inmates in State of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 5, p. 512–515, 2010. DOI: 10.1590/S0037-86822010000500008.

STRATHDEE, S. A. *et al.* Substance use and HIV among female sex workers and female prisoners: risk environments and implications for prevention, treatment, and policies. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, Hagerstown, v. 69, n. 1, p. S110-117, 2015. Supplement 2. DOI: 10.1097/QAI.0000000000000624.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643–655, 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300013.

TEASDALE, B. *et al.* Violent victimization in the prison context: an examination of the gendered contexts of prison. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, Thousand Oaks, v. 60, n. 9, p. 995–1015, 2016. DOI: 10.1177/0306624X15572351.

TELES, S. A. Hepatites virais: um desafio para enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 231–232, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167.2017700201.

TOMAZELA, V. H. *et al.* Infecções sexualmente transmissíveis na população carcerária de Alfenas-MG: estudo de prevalência e intervenção educacional. **International Journal of Education and Health**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 23–31, 2020. DOI: 10.17267/2594-7907ijhe.v4i1.2659.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. Saiba a diferença entre saidão e indulto de natal. 2012. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2012/dezembro/saiba-a-diferenca-entre-saidao-e-indulto>. Acesso em: 15 ago. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Farmácia. Métodos diagnósticos de HIV. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://www.farmacia.ufmg.br/pensandonisso/metodos-diagnosticos-de-hiv/>. Acesso em: 20 maio 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância. **Atenção à saúde da mulher privada de liberdade**. Florianópolis: UFSC, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7427/1/Saude_Mulher.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

VALENÇA, M. S. *et al.* Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2147–2160, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015217.16172015.

VALERA, P.; CHANG, Y.; LIAN, Z. HIV risk inside US prisons: A systematic review of risk reduction interventions conducted in US prisons. **AIDS care**, London, v. 29, n. 8, p. 943–952, 2017. DOI: 10.1080/09540121.2016.1271102.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L.; HOSSNE, W. S. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 282–290, 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018262249.

VERDI, M.; MATIAS, M. C. S.; GARCIA JÚNIOR, C. A. S. (Org.). **Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade: acolhimento e humanização nas práticas de gestão e atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade**. Florianópolis: UFSC, 2015.

WALMSLEY, R. **World prison population list**. 11. ed. London: Institute for Criminal Policy Research, 2016.

WEBSTER, D. P. *et al.* Development of novel treatments for hepatitis C. **The Lancet. Infectious Diseases**, New York, v. 9, n. 2, p. 108–117, 2009. DOI: 10.1016/S1473-3099(09)70020-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prisons and health**. Copenhagen: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis)**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 maio 2023.

ZONTA, R. *et al.* **Rastreamento, check-up e prevenção quaternária**. Florianópolis: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/164858/mod_resource/content/37/Rastreamento/index.html#ConteudoUnidade01. Acesso em: 22 maio 2022.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(População privada de liberdade)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntária da pesquisa “Avaliação do processo saúde-adoecimento-cuidado relacionado a doenças infectocontagiosas no Sistema Prisional do Município Juiz de Fora/MG”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é tornar mais efetiva a busca, a identificação rápida e o tratamento adequado dos casos existentes de pessoas com tuberculose, HIV/aids, hepatites B e C e sífilis e/ou suas infecções relacionadas dentro do Sistema Prisional do município de Juiz de Fora/MG. Nesta pesquisa, pretendemos analisar o processo de saúde, doença e cuidado relacionado às doenças infecciosas e transmissíveis entre a população privada de liberdade e trabalhadores que atuam no Sistema Prisional do Município de Juiz de Fora/Minas Gerais. Caso você concorde em participar, a pesquisa terá as seguintes etapas: 1ª etapa (tempo de duração em torno de 30 min.): você passará por uma consulta individual, realizada por enfermeiros treinados, onde serão coletados seus dados de perfil e realizada uma avaliação da sua condição de saúde através de um roteiro de perguntas e, quando indicado, caso aceite, coletaremos exames rápidos para detecção de doenças como HIV/aids, sífilis e hepatites B e C a partir da coleta de uma gota de sangue da ponta do seu dedo. Os resultados serão tratados com sigilo e privacidade. Caso detectemos em você algum sintoma respiratório como tosse e você relate que não fez tratamento de tuberculose ou terminou o tratamento com alta por cura, será ofertado a você o exame para o diagnóstico da doença, através da coleta de uma amostra de seu escarro (catarro) (está etapa levará em torno de 10 minutos); ou caso detectemos em você algum sintoma respiratório como tosse ou não e você nos relate abandono de tratamento de tuberculose, você será convidada a realizar a coleta de duas amostras de escarros, em dias consecutivos, para diagnóstico de tuberculose (está etapa levará em torno de 10 minutos), conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c); se seu resultado for positivo para tuberculose ou HIV/aids ou hepatites B e C ou sífilis, você será orientada/aconselhada e encaminhada para a equipe de Saúde do Sistema Prisional ou serviços de referência na rede do município para acompanhamento e tratamento, caso seja necessário (esta etapa ocorrerá mediante a demanda do serviço); caso você seja considerada um contato (alguém próximo) de algum portador de tuberculose, com possibilidades de desenvolver a doença, você também será encaminhada à equipe de Saúde do Sistema Prisional, para acompanhamento e tratamento, caso seja necessário (esta etapa ocorrerá mediante a demanda do serviço); em uma 2ª etapa: serão realizadas entrevistas com você por meio de um

roteiro direcionado, contendo questões sobre o que representam para você as doenças infecciosas e transmissíveis (tuberculose, HIV/aids, hepatites B e C e sífilis), além de questões sobre suas condições de saúde e cuidado (esta etapa levará em torno de 20 a 40 minutos). As entrevistas serão gravadas e transcritas, após sua autorização neste documento. Você receberá esclarecimentos sobre todas as suas dúvidas relacionadas às ações de prevenção e tratamento das doenças (tuberculose, HIV/aids, hepatites B e C e sífilis) pela equipe da pesquisa. Esta etapa ocorrerá mediante as dúvidas que forem surgindo ao longo da pesquisa. Esta pesquisa tem alguns riscos mínimos a você, que são: 1) a possibilidade de cansaço, constrangimento ou desconforto em participar da avaliação clínica e/ou responder ao roteiro individual. Para minimizar, será ofertado a você local privado e você será informada sobre o sigilo e preservação dos seus dados. Será assegurado ainda que este momento ocorra no menor tempo possível, evitando interrupções desnecessárias. E você será informada sobre o tempo de cada etapa para minimizar ansiedade e estresse, e, se desejar, poderão ser feitas paradas ao longo da consulta e roteiro para descanso. 2) Você pode sentir medo e desconforto em submeter-se aos exames e poderá ocorrer algum sangramento ou dor local durante a realização dos testes rápidos para o diagnóstico das doenças infecciosas e transmissíveis. Para minimizar, será explicado como serão feitos os exames e quais materiais serão utilizados. Os testes serão realizados seguindo toda a técnica correta preconizada e será ofertado algodão para estancar o sangramento e, se necessário, gelo para minimizar a dor e o desconforto. Você será informada ainda de que tais eventos, dor e sangramento, tendem a parar em alguns minutos. 3) Você pode sentir-se constrangida e com alterações na autoestima mediante o resultado dos testes rápidos e coleta do escarro. Para minimizar o constrangimento com o resultado dos testes, será ofertado a você local privado e lhe serão informados e assegurados a confidencialidade e o sigilo das informações dos testes rápidos e exame de escarro (BAAR- Tuberculose), bem como que este será encaminhado para confirmação diagnóstico e terá garantia de tratamento, se necessário. Em todas as etapas, os pesquisadores agirão com ética profissional e ressalta-se que você deverá sentir-se confortável para a permanência no estudo e que pode se recusar a participar em qualquer momento ou etapa da pesquisa. Importante lhe informar que todo material utilizado nos seus exames (como: agulha, algodão, entre outros), assim como resíduos de material biológico (como sangue e secreção) utilizados nos testes serão acondicionados e descartados imediatamente após o uso e serão recolhidos por coleta especial de resíduos hospitalares do município. A pesquisa poderá ajudar na identificação de necessidades e planejamento de futuras ações de intervenção em saúde. Você, ao participar do estudo, terá acesso de forma gratuita ao resultado dos testes rápidos e do exame de escarro (BAAR -tuberculose), sendo encaminhada

ao acompanhamento e tratamento, se necessário. De modo geral, os benefícios serão também a oferta de ações mais efetivas para o controle, a descoberta e tratamento das doenças infecciosas e transmissíveis por meio de protocolos, capacitações e busca rápida. Possibilitando condutas para uma melhora na sua condição de saúde e cuidado. Para participar deste estudo, você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendida. A pesquisadora não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos. Decorrido este tempo, a pesquisadora avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de compreender e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

Assinatura da Participante Assinatura da Pesquisadora

Impressão digital (Caso o participante venha alegar não saber assinar o seu nome)

Nome do Pesquisador Responsável:

Girlene Alves da Silva Campus Universitário da UFJF Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Enfermagem/Departamento de Enfermagem Aplicada. CEP: 36036-900 Fone: (32) 99103-4781 E-mail:

girleneas@terra.com900 Fone: (32) 99103-4781 E-mail: girleneas@terra.com.br

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Instrumento de coleta de dados para população privada de liberdade (PPL) do município de Juiz de Fora/MG:

Autoras: Silva, G.A.; Chagas, D.N.P.; Nascimento, L.; Leite, I.C.; Silva, E.A., 2018.

Questionário 1

Data da consulta: ____/____/____ **Entrevista N°:** _____

1. Nome: _____ **Identificação:** _____

2. Unidade Prisional

2.1. (...) Centro de Remanejamento do Sistema Prisional / Juiz de Fora (Ceresp)

2.2. (...) Penitenciária José Édson Cavalieri

2.3. (...) Penitenciária Professor Ariosvaldo Campos Pires

3. Há quanto tempo está aqui? _____

4. Tempo de pena: _____

5. Tipo de regime: 5.1. (...) Fechado 5.2. (...) Semiaberto 5.3. (...) Aberto

6. Sexo: 6.1. (...) Masculino 6.2. () Feminino

7. Data de Nascimento: ____/____/____ **8. Naturalidade:** _____

9. Profissão _____

10. Cor/raça:

10.1. (...) Branca 10.2. (...) Preta 10.3. (...) Parda 10.4. (...) Indígena 10.5. (...) Amarela 10.6. (...) Ignorada

11. Escolaridade:

11.1. (...) Não frequentou a escola e não sabe ler/escrever

11.2. (...) Não frequentou a escola, mas sabe ler/escrever

11.3. (...) Fundamental incompleto 11.4. (...) Fundamental completo

11.5. (...) Ensino médio ou técnico incompleto 11.6. (...) Ensino médio ou técnico completo

11.7. (...) Superior incompleto 11.8. (...) Superior completo 11.9. (...) Não informado

12. Orientação sexual:

12.1. (...) Heterossexual 12.2. (...) Homossexual 12.3. (...) Bissexual 12.4. (...) Transexual 12.5. (...) Travesti

12.6. (...) Lésbica (...) Intersexual (...) Assexual (...) Não informado

13. Estado civil:

13.1. (...) Solteiro(a) 13.2. (...) Casado(a) 13.3. (...) União estável/mora junto com um companheiro(a)

13.4. (...) Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a) 13.5. (...) Viúvo(a) 13.6. (...) Não informado

14. Possui filhos

14.1. (...) Não 14.2. (...) Sim, quantos? _____ 14.3. (...) Não informado

15. Qual é o número de pessoas que residem com você? _____ pessoas (...) Não informado

16. Peso: _____ **17. Altura:** _____

18. Quando entrou na unidade prisional passou por algum exame/consulta?

18.1 (...) Não

18.2 (...) Sim. Qual(s)? _____

18.3 (...) Não soube responder

19. Tem alguma doença crônica não transmissível? (ex: hipertensão, diabetes, câncer, cardiopatias)

19.1 (...) Não

19.2 (...) Sim/ Qual(s) _____

19.3 (...) Não soube responder

20- Faz uso de medicação continuada?

20.1 () Não 20.2 () Sim. Qual(s) _____

20.3 () Não informado

21. Já teve ou tem alguma doença infectocontagiosa (ex: tuberculose, hepatite, sífilis, HIV/aids)?

21.1 (...) Não

21.2 (...) Sim, já tive. Qual? _____

21.3 (...) Sim, eu tenho. Qual? _____

21.4 (...) Não soube responder

22- Se a resposta à pergunta anterior foi “sim, já tive” ou “sim, eu tenho”, você tratou ou está tratando?

22.1 (...) Nunca realizei tratamento 22.2 (...) Realizei tratamento, porém abandonei, porque _____

22.3 (...) Tratei até a cura 22.4 (...) Estou tratando desde _____

23. Alguém próximo a você está com alguma doença infectocontagiosa?

23.1 (...) Não

23.2 (...) Sim. Quem? _____ Qual doença? _____

23.3 (...) Não informado

24. Se a resposta anterior foi “sim”, você sabe informar se esta pessoa está se tratando?

24.1 (...) Não 24.2 (...) Sim 24.3 (...) Não soube responder 24.4 (...) Não informado

25. Lembra há quanto tempo foi vacinado?

25.1 (...) Não 25.2 (...) Sim, quais vacinas? _____

25.3 (...) Não soube responder

26. Possui cicatriz vacinal (da vacina BCG) no braço direito?

26.1 (...) Não 26.2 () Sim 26.3 () Não observado

27. Já recebeu transfusão de sangue?

27.1 () Não 27.2 () Uma vez 27.3 (...) Mais de uma vez 27.4 () Não souber informar

28. Em relação ao cigarro, você faz uso?

28.1 (...) Não

28.2(...) Ex-fumante/ há quanto tempo fez uso? _____

28.3(...) Sim. Há quanto tempo? _____ Quantos cigarros por dia? _____

28.4(...) Não informado

29. Em relação a outras drogas, você faz uso?

29.1(...) Não

29.2(...) Já fiz uso, tempo: _____ qual(s)? (...) Álcool (...) Tabaco (...) Maconha (...) Cocaína
(...) Crack (...) outras _____

29.3(...) Sim, tempo: _____, qual(s)? (...) Álcool (...) Tabaco (...) Maconha (...) Cocaína (...) Crack
(...) outras _____

29.4(...) Não informado

30. Se a resposta anterior foi “sim” ou “já fiz uso”, você já compartilhou seringa?

30.1(...) Não 30.2(...) Uma vez 30.3(...) Raramente 30.4(...) Às vezes 30.5(...) Frequentemente 30.7(...) Não informado

31. Você possui tatuagem?

31.1(...) Não 32.2(...) Sim 33.3(...) Não informado

32.- Você usa piercing?

32.1(...) Não 32.2(...) Sim 33.3(...) Não informado

33. Você recebe visita íntima?

33.1(...) Não 33.2(...) Sim 33.3 (...) Não informado

34. Você faz uso de preservativos nas relações sexuais?

34.1(...) Não 34.2 (...) Raramente 34.3(...) Às vezes 34.4(...) Frequentemente (...) Não informado

35. Você teve alguma relação desprotegida (de risco) nos últimos 12 meses?

35.1(...) Não 35.2(...) Sim (...) Não souber informar

36. Já teve algum contato com alguém com tuberculose?

36.1 (...) Não 36.2(...) Sim Quando _____ onde? _____

36.3(...) Não souber informar

37. No momento, apresenta algum sinal ou sintoma abaixo?

37.1 Tosse por menos de duas semanas 37.2(...) Tosse por mais de duas semanas 37.3(...) Tosse não especificada
37.4(...) Dores nas articulações 37.5(...) Lesões na região genital 37.6(...) Icterícia (coloração amarelada na pele e
olhos) 37.7 (...) Inchaço/dor abdominal 37.8(...) Perda de apetite 37.9(...) Emagrecimento 37.10(...) Manchas ou
escamações pelo corpo 37.11(...) Lesões ou sangramentos na cavidade oral 37.12(...) Outro(s) _____

38. Participante indicado para realizar exame?

38.1 (...) Não

38.2(...) Sim, qual(s): (...) Teste Rápido (...) Teste Rápido Molecular/Cultura/Sensibilidade (...) Teste BAAR

39. Se a resposta anterior foi sim, aceitou realizar o exame?

39.1(...) Não, motivo alegado _____

39.2 (...) Sim, qual(s): (...)todos (...)somente teste rápido (...) somente BAAR (...) somente TRM/Cultura/Sensibilidade

40. Em geral, você diria que sua saúde é?

40.1 (...)Excelente 40.2 (...)Muito boa 40.3 (...)Boa 40.4 (...)Regular 40.5 (...)Ruim

41. Nos últimos 12 MESES, quais das situações abaixo você sofreu?

41.1 (...)Agressão física 41.2 (...)Agressão verbal 41.3 (...)Assédio ou agressão sexual

41.4 (...)Perfuração por arma de fogo 41.5 (...)Perfuração por arma branca 41.6 (...)Queda

41.7 (...)Tentativa de suicídio 41.8 (...)Tentativa de homicídio

42. Resultados dos exames referente à tuberculose

42.1 Teste Rápido Molecular

42.1.1(...)Negativo 42.1.2 (...)Positivo 42.1.3(...)Amostra insuficiente

42.2 Sensibilidade

42.2.1(...) Não 42.2.2(...)Sim, qual(s) medicamento(s)_____

42.2.3(...)Amostra insuficiente

42.3 Cultura

42.3.1(...) Negativa 42.3.2(...) Positiva, resultado: _____ 42.3.3(...)Amostra insuficiente

42.4 Teste BAAR

42.4.1(...)Não Detectável 42.4.2(...) Detectável, Resultado: _____ 42.4.3(...)Amostra insuficiente

43. Resultado dos exames referentes a testagem de HIV, sífilis, hepatites B e C

Patologia Resultado

HIV: (...) Positivo (...) Negativo

Sífilis: (...) Positivo (...) Negativo

Hepatite B: (...) Positivo (...) Negativo

Hepatite C: (...) Positivo (...) Negativo

44. Realizado aconselhamento e/ou encaminhado ao serviço de saúde:

44.1. (...)Não 44.2(...) Sim, só aconselhamento 44.3(...) Sim, aconselhamento e encaminhamento

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES_____

APÊNDICE C – Tabelas complementares dos resultados apurados

Tabela 1 – Prevalência de HIV/aids, sífilis e hepatites B e C na população feminina privada de liberdade, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2021/2022

População feminina do estudo (n=171)	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
HIV/aids*	12	7,0	12	7,0
Sífilis**	51	29,8	24	14,0
Hepatite B	0	0,0	0	0,0
Hepatite C***	8	4,7	5	4,0
Alguma IST (combinada)				
HIV+ Hepatite	2	1,2	2	1,2
HIV+ Sífilis	2	1,2	2	1,2
HIV+Sífilis+Hepatite C	1	0,6	1	0,6
Possui qualquer uma das ISTs	57	33,4	35	19,9

Nota: IST: Infecção sexualmente transmissível

População total no momento do início da coleta: 206 detentas

Legenda:

*** Na investigação da infecção, foi detectado um caso novo (incidência) durante os testes de rastreio.**

**** Na investigação da infecção, 25 casos traziam histórico da doença (autorrelato), sendo a confirmação diagnóstica indicada em exame complementar (não treponêmico).**

***** Na investigação da infecção, cinco casos traziam histórico da doença (autorrelato), sendo a confirmação diagnóstica indicada em exame complementar.**

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Tabela 2 – Caracterização das mulheres privadas de liberdade, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022, com desfecho positivo para as infecções para HIV/aids, sífilis, hepatites B e C

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções			
	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
Idade				
De 18 a 26 anos	11	19,3	9	25,7
De 27 a 32 anos	15	26,3	10	28,6
De 33 a 40 anos	17	29,8	8	22,9
Acima de 40 anos	14	24,6	8	22,9
Cor/raça				
Branca	9	15,8	4	11,4
Preta ou Parda	48	84,2	31	88,6
Amarela	0	0,0	0	0,0
Gênero				
Cisgênero	55	96,5	34	97,1
Transgênero	2	3,5	1	2,9
Escolaridade				
Até 8 anos de estudo	37	64,9	23	65,7
De 9 a 11 anos de estudo	11	19,3	4	11,4
12 anos ou mais de estudo	7	12,3	6	17,1
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	2	5,7
Naturalidade				
Sede Sistema prisional (JF)	27	47,4	20	57,1
Fora de JF, outras cidades dentro de MG	23	40,4	12	34,3
Fora de MG	6	10,5	2	5,7
Fora do Brasil	0	0,0	0	0,0
Não sabe/não quis informar	1	1,8	1	2,9
Estado Civil				
Sem companheiro(a)	29	50,9	19	54,3
Com companheiro(a)	27	47,4	15	42,9
Não sabe/não quis informar	1	1,8	1	2,9
Tem filho(s)?				
Não tenho filhos(as)	10	17,5	8	22,9
Tenho filhos(as)	47	82,5	27	77,1
Se possui, número de filhos?				
Não tenho filhos(as)	10	17,5	8	22,9
Até 2 filhos(as)	22	38,6	10	28,6
Mais de 2 filhos (as)	25	43,9	17	48,6
Número de pessoas que residem em seu domicílio fora da prisão				
Até 4 pessoas	39	68,4	24	68,6
Mais de 4 pessoas	18	31,6	11	31,4
Profissão/vínculo empregatício antes do cárcere				
Possuía vínculo	12	21,1	7	20,0
Não possuía vínculo	36	63,2	21	60,0
Não sabe/Não quis informar	9	15,8	7	20,0

continua

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções			
	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
Orientação sexual				
Heterossexual	46	80,7	32	91,4
Homossexual	4	7,0	1	2,9
Bissexual	5	8,8	0	0,0
Assexual	2	3,5	2	5,7
Compartilhamento de agulhas e/ou seringas				
Sim	7	12,3	5	14,3
Não	42	73,7	25	71,4
Não sabe/Não quis informar	8	14,0	5	14,3
Uso de drogas lícitas (cigarro)	48	84,2	30	85,7
Sim, faço uso no momento	8	14,0	4	11,4
Nunca usei	1	1,8	1	2,9
Já usei, mas no momento não estou usando (ex usuário/a)				
Uso de drogas lícitas (álcool)				
Sim, faço uso no momento	4	7,0	2	5,7
Nunca usei	25	43,9	17	48,6
Já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a)	28	49,1	16	45,7
Uso de drogas ilícitas em substância pó e/ou injetável (como cocaína)				
Sim, faço uso no momento	1	1,8	1	2,9
Nunca usei	36	63,2	23	65,7
Já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a)	20	35,1	11	31,4
Uso de drogas ilícitas (crack)				
Sim, faço uso no momento	3	5,3	3	8,6
Nunca usei	26	45,6	15	42,9
Já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a)	28	49,1	17	48,6
Uso de outras drogas (heroína, “Loló” (lança perfume), “cola de sapateiro”)				
Sim, faço uso no momento	0	0,0	0	0,0
Nunca usei	56	98,2	34	97,1
Já usei, mas no momento não estou usando (ex-usuário/a)	1	1,8	1	2,9
Poliuso (duas ou mais drogas) usadas de forma simultânea e/ou alternada				
Sim	46	80,7	28	80,0
Não	11	19,3	7	20,0
Possui tatuagem				
Sim	47	82,5	28	80,0
Não	9	15,8	6	17,1
Não sabe/Não quis informar	1	1,8	1	2,9
Possui piercing				
Sim	29	50,9	20	57,1
Não	26	45,6	14	40,0
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	1	2,9

continua

continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções			
	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
Recebe visita íntima no sistema				
Sim	1	1,8	0	0,0
Não	55	96,5	34	97,1
Não sabe/Não quis informar	1	1,8	1	2,9
Sofreu violência dentro ou fora da prisão, nos últimos 12 meses?				
Sim	39	68,4	25	71,4
Não	18	31,6	10	28,6
Que tipo de violência? Violência física/verbal?				
Sim	39	68,4	25	71,4
Não	18	31,6	10	28,6
Que tipo de violência? Assédio e/ou agressão sexual?				
Sim	1	1,8	0	0,0
Não	56	98,2	35	100,0
Que tipo de violência? Tentativa de autoextermínio				
Sim	12	21,1	6	17,1
Não	45	78,9	29	82,9
Já recebeu transfusão de sangue?				
Sim	8	14,0	6	17,1
Não	49	86,0	29	82,9
Em relação ao uso do preservativo nas relações sexuais				
Não, nunca uso	23	40,4	14	40,0
Raramente eu uso	7	12,3	6	17,1
Às vezes eu uso	9	15,8	6	17,1
Uso frequentemente	15	26,3	9	25,7
Não sei/Não quero informar	3	5,3	0	0,0
Teve alguma relação desprotegida (sem camisinha) nos últimos 12 meses?				
Sim	35	61,4	22	62,9
Não	19	33,3	12	34,3
Não sabe/Não quis informar	3	5,3	1	2,9
Tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa (ex: tuberculose, hepatite, sífilis, HIV/aids)?				
Tenho e/ou já tive	32	56,1	21	60,0
Não	24	42,1	13	37,1
Não sei/ Não quero responder	1	1,8	1	2,9
Tipo de regime de encarceramento				
Fechado	14	24,6	8	22,9
Semiaberto e aberto	19	33,3	12	34,3
Provisório	24	42,1	15	42,9

continua

continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções			
	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
Número de mulheres que residem com você na cela				
De 8 a 20 mulheres	18	31,6	12	34,3
21 a 24 mulheres	11	19,3	5	14,3
25 a 31 mulheres	15	26,3	12	34,3
Acima de 31 mulheres	11	19,3	6	17,1
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	0	0,0
Quando entrou na unidade prisional, passou por algum atendimento/exame/consulta de saúde (ou seja, um rastreio sobre sua condição de saúde)?				
Sim	42	73,7	22	62,9
Não	11	19,3	10	28,6
Não sabe/Não quis informar	4	7,0	3	8,6
Em relação à assistência médica por profissionais de saúde do sistema. Você recebeu?				
Sim, recebi atendimento médico e/ou de outros profissionais de saúde.	41	71,9	22	62,9
Não recebi atendimento algum	16	28,1	13	37,1
Você foi submetida? Consulta ginecológica/exame preventivo)				
Sim, realizei consulta (preventivo)	2	3,5	1	2,9
Não recebi este tipo de consulta/exame.	55	96,5	34	97,1
Já foi condenada?				
Já fui condenada	31	54,4	20	57,1
Ainda não fui condenada/ “Estou em regime provisório”	26	45,6	15	42,9
Tempo de condenação/pena				
6 a 60 meses	12	21,1	8	22,9
61 a 160 meses	14	24,6	10	28,6
161 a 572 meses	5	8,8	2	5,7
Ainda não fui condenada/ “Estou em regime provisório”	26	45,6	15	42,9
Tempo de encarceramento. Há quanto tempo está aqui?				
0,50 a 3,84 meses	13	22,8	11	31,4
3,85 a 20 meses	32	56,1	19	54,3
20,01 a 336 meses	12	21,1	5	14,3
Você tem alguma comorbidade/ doença crônica não transmissível? (ex: hipertensão, diabetes, câncer, cardiopatias e outras)				
Sim	23	40,4	11	31,4
Não	32	56,1	23	65,7
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	1	2,9
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui?				
Saúde mental e/ou doença neurológica				
Sim, tenho	8	14,0	4	11,4
Não tenho	47	82,5	30	85,7
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	1	2,9

continua

conclusão

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções			
	Rastreio		Confirmatório	
	n	%	n	%
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui?				
Cardiovascular ou respiratória ou renal				
Sim, tenho	16	28,1	9	25,7
Não tenho	39	68,4	25	71,4
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	1	2,9
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui?				
Metabólica ou autoimune ou sanguínea				
Sim, tenho	2	3,5	0	0,0
Não tenho	53	93,0	34	97,1
Não sabe/Não quis informar	2	3,5	1	2,9
Faz uso de medicação continuada (autorrelato)				
Sim	46	80,7	27	77,1
Não	10	17,5	8	22,9
Não sabe/Não quis informar	1	1,8	0	0,0
Faz uso de polifarmácia (quatro ou mais medicações, simultaneamente)				
Sim, uso quatro ou mais medicações	6	10,5	3	8,6
Não, eu uso remédios continuados. Mas menos de quatro.	40	70,2	24	68,6
Não uso medicações continuadas	10	17,5	8	22,9
Não sabe/Não quis informar	1	1,8	0	0,0
Faz uso de medicações para tratamento de ISTs, como coquetéis antirretrovirais?				
Sim, faço uso	9	15,8	9	25,7
Não, não faço uso	47	82,5	26	74,3
Não sei/Não quero informar	1	1,8	0	0,0
Faz uso de medicações que atuam no Sistema Nervoso Central (Psicofármacos, antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, sedativos, estabilizadores do humor e outros desta natureza)?				
Sim, faço uso	34	59,6	17	48,6
Não, não faço uso	22	38,6	18	51,4
Não sei/Não quero informar	1	1,8	0	0,0
Lembra de ter sido vacinada dentro do sistema prisional?				
Sim	51	89,5	30	85,7
Não	5	8,8	4	11,4
Não sabe/Não quis informar	1	1,8	1	2,9
Autopercepção de saúde (Você diria que sua saúde é)				
Excelente	6	10,5	4	11,4
Muito boa	5	8,8	4	11,4
Boa	31	54,4	17	48,6
Regular	8	14,0	6	17,1
Ruim	7	12,3	4	11,4

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Tabela 3 – Análise bivariada entre as características da população feminina em relação aos desfechos positivos nos testes de rastreio e exames confirmatórios para infecções HIV/aids, sífilis e hepatites B e C

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreio			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95%	p valor	OR Bruta	IC95%	p valor
Idade						
Até 32 anos	0,67	0,35-1,28	0,234	1,12	0,53-2,35	0,766
Mais de 32 anos	1			1		
Cor/raça						
Branca	0,63	0,27-1,46	0,284	0,43	0,14-1,33	0,137
Preta ou Parda	1			1		
Gênero						
Cisgênero	0,32	0,26-0,40	0,044	0,25	0,015-4,13	0,298
Transgênero	1			1		
Escolaridade						
Até 8 anos de estudo	2,97	1,16-7,57	0,019	1,73	0,63-4,72	0,280
De 9 a 11 anos de estudo	1,17	0,40-3,43	0,764	0,43	0,11-1,67	0,217
12 anos ou mais de estudo	1			1		
Naturalidade						
Na sede Sistema prisional (JF)	2,03	0,68-6,02	0,196	4,73	0,99-22,49	0,036
Fora de JF, outras cidades dentro de Minas Gerais	0,77	0,26-2,25	0,644	1,35	0,27-6,56	0,709
fora de Minas Gerais	1			1		
Estado Civil						
Sem companheiro(a)	0,56	0,29-1,08	0,086	0,76	0,35-1,64	0,498
Com companheiro(a)	1			1		
Se tem filhos?						
Não tenho filhos(as)	0,65	0,29-1,46	0,298	1,04	0,43-2,54	0,919
Tenho filhos(as)	1			1		
Se tem filhos, quantos?						
Não tenho filhos(as)	0,64	0,26-1,53	0,319	0,83	0,32-2,15	0,704
Até 2 filhos(as)	0,96	0,47-1,96	0,924	0,58	0,24-1,40	0,228
Mais de 2 filhos (as)	1			1		
Residem com você fora da prisão						
Até 4 pessoas	1,08	0,54-2,14	0,818	1,07	0,48-2,39	0,852
Mais de 4 pessoas	1			1		
Possuía profissão/vínculo empregatício antes do cárcere?						
Sim, possuía	0,47	0,22-0,99	0,047	0,48	0,19-1,20	0,115
Não, não possuía	1			1		
Orientação sexual mulheres						
Heterossexual	0,37	0,29-0,46	0,069	0,25	0,19-0,34	0,019
Homossexual	0,21	0,08-0,50	0,019	0,05	0,00-0,35	<0,001
Bissexual	0,19	0,08-0,42	0,011	-*	-*	<0,001
Assexual	1			1		
Compartilhamento de agulhas e/ou seringas						
Sim	3,54	0,98-12,77	0,042	3,40	0,96-12,04	0,047
Não	1			1		

continua

continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreio			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95%	p valor	OR Bruta	IC95%	p valor
Uso de drogas lícitas (cigarro)						
Sim, faço uso no momento e/ou já usei	2,31	0,98-5,43	0,050	2,71	0,89-8,23	0,069
Nunca usei	1			1		
Uso de drogas lícitas (álcool)						
Sim, faço uso no momento e/ou já usei	0,78	0,41-1,50	0,466	0,64	0,30-1,35	0,245
Nunca usei	1			1		
Uso de drogas ilícitas em substância pó e/ou injetável (como cocaína)						
Sim, faço uso no momento e/ou já usei	0,68	0,35-1,31	0,254	0,63	0,29-1,37	0,246
Nunca usei	1			1		
Uso de drogas ilícitas (crack)						
Sim, faço uso no momento e/ou já usei	5,89	2,87-12,08	<0,001	4,66	2,13-10,20	<0,001
Nunca usei	1			1		
Uso de outras drogas (heroína, “Loló” (lança perfume), “cola de sapateiro”)						
Nunca usei	1,0	0,09-11,36	0,994	0,51	0,45-5,80	0,582
Sim, faço uso no momento e/ou já usei	1			1		
Poliuso (duas ou mais drogas) simultâneo/alternado de drogas						
Sim	1,72	0,79-3,73	0,164	1,51	0,60-3,75	0,373
Não	1			1		
Possui tatuagem						
Sim	0,91	0,38-2,20	0,844	0,80	0,29-2,19	0,670
Não	1			1		
Possui piercing						
Sim	0,90	0,47-1,72	0,756	1,25	0,58-2,67	0,566
Não	1			1		
Recebe visita íntima no sistema						
Sim	0,27	0,03-2,31	0,280	1,26	1,16-1,37	0,147
Não	1			1		
Sofreu violência dentro ou fora da prisão, nos últimos 12 meses						
Sim	2,97	1,52-5,82	0,001	2,98	1,33-6,68	0,006
Não	1			1		
Que tipo de violência? Violência física e/ou verbal						
Sim	2,97	1,52-5,82	0,001	2,98	1,33-6,68	0,006
Não	1			1		

continua

continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreo			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95%	p valor	OR Bruta	IC95%	p valor
Que tipo de violência? Sofreu assédio e/ou agressão sexual						
Sim	2,0	0,12-32,86	0,615	1,26	1,16-1,36	0,471
Não	1			1		
Que tipo de violência? Tentativa de autoexterminio						
Sim	1,76	0,76-4,06	0,182	1,13	0,41-3,06	0,806
Não	1			1		
Já recebeu transfusão de sangue						
Sim	0,96	0,38-2,42	0,947	1,32	0,48-3,62	0,587
Não	1			1		
Em relação ao uso do preservativo nas relações sexuais						
Não, nunca uso	0,48	0,21-1,10	0,082	0,56	0,21-1,44	0,226
Raramente eu uso	0,98	0,30-3,16	0,973	1,63	0,47-5,70	0,437
Às vezes eu uso	0,90	0,30-2,61	0,847	1,0	0,32-3,50	0,925
Uso frequentemente	1			1		
Teve alguma relação desprotegida (sem camisinha) nos últimos 12 meses?						
Sim	1,45	0,74-2,85	0,273	1,36	0,62-2,99	0,431
Não	1			1		
Tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa (ex: tuberculose, hepatite, sífilis, HIV/aids)?						
Não	0,03	0,01-0,09	<0,001	0,08	0,03-0,19	<0,001
Sim, tenho e/ou já tive	1			1		
Tipo de regime de encarceramento						
Fechado	1,04	0,53-2,03	0,909	0,98	0,44-2,14	0,959
Semiaberto e aberto	1			1		
Número de mulheres que residem com você na cela						
Até 24 mulheres	1,0	0,56-2,05	0,828	0,86	0,40-1,81	0,692
Mais de 24 mulheres	1			1		
Quando entrou na unidade prisional, passou por algum atendimento/exame/consulta de saúde (ou seja, um rastreo sobre sua condição de saúde)?						
Sim	1,39	0,63-3,06	0,403	0,66	0,28-1,56	0,351
Não	1			1		

continua

continuação

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreio			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95%	p valor	OR Bruta	IC95%	p valor
Em relação à assistência médica por profissionais de saúde do sistema. Você recebeu? Consulta clínica/médica						
Sim, recebi atendimento médico/clínico e/ou de outros profissionais de saúde	1,0	0,49-2,02	1,000	0,58	0,26-1,28	0,180
Não recebi atendimento algum	1			1		
Em relação à assistência médica/enfermagem por profissionais de saúde do sistema. Você recebeu?						
Consulta ginecológica/exame preventivo.	0,79	0,14-4,21	0,785	0,63	0,07-5,47	0,679
Sim, realizei consulta preventivo	1			1		
Não recebi este tipo de exame/consulta aqui						
Já foi condenada?						
Já fui condenada	0,77	0,40-1,47	0,442	0,93	0,44-1,97	0,857
Ainda não fui condenada/ "Estou em regime provisório"	1			1		
Tempo de condenação/pena						
Até 112 meses	2,22	0,92-5,34	0,070	2,05	0,74-5,68	0,161
Mais de 112 meses	1			1		
Tempo de encarceramento (Há quanto tempo está aqui?)						
Até 11 meses	1,50	0,79-2,85	0,213	2,49	1,13-5,49	0,021
Mais que 11 meses	1			1		
Você tem alguma doença crônica não transmissível? (ex: hipertensão, diabetes, câncer, cardiopatias e outras)						
Sim	0,69	0,36-1,33	0,270	0,44	0,20-0,98	0,042
Não	1			1		
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui? Saúde mental e/ou doença neurológica						
Sim, eu tenho						
Não, eu não tenho	0,93	0,37-2,31	0,878	0,69	0,22-2,19	0,536
	1			1		
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui? Cardiovascular, respiratória ou renal						
Sim, eu tenho	0,91	0,45-1,86	0,811	0,79	0,33-1,84	0,585
Não, eu não tenho	1			1		
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui? Metabólica ou autoimune ou sanguínea						
Sim, eu tenho	0,30	0,06-1,42	0,114	1,29	1,18-1,40	0,046
Não, eu não tenho	1			1		

continua

conclusão

Variável (amostra n=171)	Desfecho positivo para as infecções					
	Rastreio			Confirmatório		
	OR Bruta	IC95%	p valor	OR Bruta	IC95%	p valor
Faz uso de medicação continuada (autorrelato)						
Sim	1,95	0,88-4,32	0,094	1,22	0,51-2,94	0,647
Não	1			1		
Faz uso de polifarmácia (quatro ou mais medicações, simultaneamente)						
Sim, uso quatro ou mais medicações	0,39	0,14-1,06	0,060	0,37	0,10-1,33	0,117
Não, eu uso remédios. Mas menos de quatro medicações	1			1		
Faz uso de medicações para tratamento de ISTs, como coquetéis antirretrovirais						
Sim, faço uso	3,42	2,69-4,35	<0,001	6,19	4,35-8,80	<0,001
Não, não faço uso	1			1		
Faz uso de medicações que atuam no Sistema Nervoso Central (Psicofármacos, antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, sedativos, estabilizadores do humor e outros desta natureza)?						
Sim, faço uso	1,16	0,60-2,23	0,646	0,61	0,28-1,28	0,193
Não, não faço uso	1			1		
Lembra de ter sido vacinada dentro do sistema prisional?						
Sim	0,66	0,20-2,20	0,505	0,46	0,13-1,66	0,231
Não	1			1		
Autopercepção de saúde (Você diria que sua saúde é)						
Excelente a boa	1,89	0,94-3,80	0,071	1,50	0,66-3,37	0,325
Regular a ruim	1			1		

Legenda: *Não foi possível gerar medida de associação, em virtude de células contendo “zero” na tabela de referência cruzada.

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Tabela 4 – Modelo final: análise multivariada entre as características da população feminina em relação aos desfechos positivos nos testes de rastreio para infecções HIV/aids, sífilis e hepatites B e C

Variáveis independentes	OR ajustado	IC95%	p ¹
Gênero (transgêneros)	0,00	0,00 – *	NS
Escolaridade (até 8 anos de estudo)	9,59	1,01-91,09	0,049
Naturalidade (da própria sede do sistema prisional)	2,80	0,83-9,37	NS
Orientação sexual (mulheres assexuais)	1,38	0,24-7,84	NS
Compartilhamento de agulhas e/ou seringas	1,06	0,07-15,74	NS
Uso de drogas ilícitas (crack)	2,14	0,69-5,67	NS
Sofreu violência dentro ou fora da prisão, nos últimos 12 meses	4,58	1,24-15,85	0,022
Tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa	0,02	0,00-0,14	0,000
Faz uso de medicações para tratamento de ISTs, como coquetéis antirretrovirais	1,42	0,00– *	NS

Notas: ¹ Nível de significância estatística fixado em $p < 0,05$.

Legenda: NS: Não significativo; * Não foi possível gerar intervalo

Fonte: elaborada pela autora (2023).

Tabela 5 – Modelo final: análise multivariada entre as características da população feminina em relação aos desfechos positivos nos testes confirmatórios para infecções HIV/aids, sífilis e hepatites B e C

Variáveis Independentes	OR ajustado	IC95%	p*
Escolaridade (até 8 anos de estudo)	2,22	0,40-12,12	NS
Naturalidade (da própria sede do sistema prisional)	6,50	1,42-29,62	0,016
Orientação sexual (mulheres assexuais)	2,59	0,22-29,60	NS
Compartilhamento de agulhas e/ou seringas	12,66	0,38-419,46	NS
Uso de drogas ilícitas (crack)	1,13	0,25-5,09	NS
Sofreu violência dentro ou fora da prisão, nos últimos 12 meses	6,73	1,13-39,91	0,036
Tem ou já teve alguma doença infectocontagiosa	0,076	0,11-0,51	0,008
Tempo de encarceramento (quanto tempo está aqui?)	1,54	0,34-6,86	NS
Você tem alguma doença crônica não transmissível?	0,72	0,16-3,16	NS
Que tipo de doença crônica não transmissível você possui? Metabólica ou autoimune ou sanguínea	0,00	0,00– *	NS
Faz uso de medicações para tratamento de ISTs, como coquetéis antirretrovirais	7,16	0,00– *	NS

Nota: 1 Nível de significância estatística fixado em $p < 0,05$.

Legenda: NS: Não significativo; * Não foi possível gerar intervalo.

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

ANEXO A – Carta de anuência autorizando a realização da pesquisa pela Secretaria de Estado e Justiça e Segurança Pública



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Núcleo de Pesquisa e Extensão

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2019.

CARTA DE ANUÊNCIA

Tendo em vista o Processo SEI número 1690.01.0010910/2019-57, afeto à solicitação de pesquisa acadêmica a ser realizada pelas Senhoras Denicy de Nazaré Pereira Chagas, Lilian do Nascimento, Érika Andrade e Silva e Isabel Cristina Leite, pesquisadoras vinculadas ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, cujo o estudo intitulado *"Avaliação do processo saúde-doença-cuidado relacionado a doenças infectocontagiosas no Sistema Prisional do Município de Juiz de Fora/MG,"* sob a coordenação da pesquisadora Senhora Gírlene Alves da Silva, que pretende analisar o processo saúde-doença-cuidado relacionado às doenças infectocontagiosas da população privada de liberdade e dos trabalhadores que atuam no Sistema Prisional do município de Juiz de Fora a ser realizado nas unidades Centro de Remanejamento do Sistema Prisional de Juiz de Fora, Penitenciária José Edson Cavaleri e Penitenciária Ariosvaldo Campos Pires.

Declaramos, para os devidos fins, que já havendo parecer favorável pelo Gabinete do Departamento Penitenciário de Minas Gerais (DEPEN) e parecer favorável da Superintendência de Humanização do Atendimento (SHUA), nada temos a opor, ficando autorizada a referida pesquisa, devendo ser acordados data e horário previamente, junto às unidades prisionais.

Esta autorização é válida até a data de **31 de agosto de 2023**, conforme requerimento das solicitantes, podendo ser prorrogada a pedido e após aprovação desta Secretaria. Esta autorização está condicionada ao cumprimento pelos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a observar os aspectos éticos, legais e morais da pesquisa para a garantia da preservação dos direitos individuais dos voluntários, conforme estabelece a legislação brasileira.

Ana Luiza Werneck Passos Veronezi

Superintendente do Observatório de Segurança Pública

Subsecretaria de Inteligência e Atuação Integrada

Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública do Estado de Minas Gerais



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Werneck Passos Veronezi**, Superintendente, em 04/09/2019, às 17:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



**ANEXO B – Memorando autorizando o retorno do projeto em unidades prisionais pela
Secretaria de Estado e Justiça e Segurança Pública durante e após a emergência
pandêmica de covid-19**

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS



Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública

Departamento Penitenciário de Minas Gerais

Memorando/SEJUSP/DEPEN.nº 7532/2021

Belo Horizonte, 10 de setembro de 2021.

Para: Márcia Sales

Núcleo de Pesquisa e Extensão

Assunto: 3º pedido de Autorização para retorno de projeto em unidade prisional - Lilian do Nascimento/UFJF.

Referência: Processo nº 1690.01.0010910/2019-57

Prezada,

Em resposta ao Memorando 88 (35037602) considerando as diretrizes e normas estabelecidas no combate e enfrentamento ao COVID-19, fica autorizada a continuidade da pesquisa acadêmica pela acadêmica **Lilian do Nascimento Cruz**, condicionado ao cumprimento das práticas e protocolos de segurança sanitária já estabelecidas.

Solicitamos que a acadêmica realize o devido agendamento prévio junto ao Diretor da unidade objeto da visita.

Atenciosamente,

Felipe Lopes Villela Nicolai

Diretor Geral

Respondendo pelo DEPEN/MG



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Lopes Villela Nicolai, Diretor(a) Geral**, em 10/09/2021, às 15:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).

ANEXO C – Autorização da Prefeitura de Juiz de Fora para realização da pesquisa**DECLARAÇÃO**

Eu MÁRCIO Luiz Jaboray, na qualidade de responsável pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada; "Avaliação do processo saúde-doença-cuidado relacionado a doenças infectocontagiosas no Sistema Prisional do Município Juiz de Fora/MG" a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Gislene Alves da Silva; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF para a referida pesquisa.

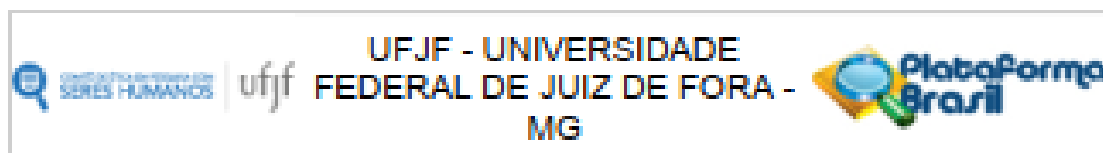
Juiz de Fora, 07 de JUNHO de 2019.

ASSINATURA _____

MÁRCIO Jaboray
Secretário de Saúde
Prefeitura de Juiz de Fora

(carimbo da instituição)

ANEXO D – Parecer consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do processo saúde-doença-cuidado relacionado a doenças infectocontagiosas no Sistema Prisional do Município Juiz de Fora/MG.

Pesquisador: Glirene Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20635219.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.784.839

Apresentação do Projeto:

O(s) pesquisador(es) apresenta(m) titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Apresenta(m) comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico.

O objeto de estudo está bem delineado, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros, bem delineados e compatíveis com a proposta. A metodologia está adequada aos objetivos pretendidos, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, Item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, o pesquisador apresenta estratégias para minimizá-los e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Itens III; III.2 e V.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER SAN

Bairro: SÃO PEDRO

CEP: 36.036-600

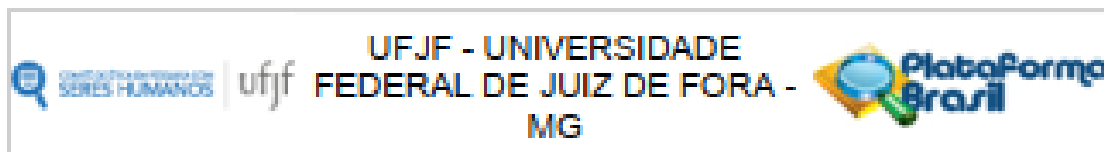
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3103-3788

Fax: (32)3103-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Projeto: 3.794.839

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia atende ao(s) objetivo(s) proposto(s) e Informa:

- tipo de estudo;
- procedimentos que serão utilizados
- número de participantes
- justificativa de participação em grupos vulneráveis
- critérios de inclusão e exclusão
- forma de recrutamento
- modo de coleta de dados
- tipo de análise
- cuidados éticos

As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização

O cronograma mostra

- o agendamento das diversas etapas da pesquisa
- Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê

O orçamento

- Mostra a relação detalhada dos custos da pesquisa
- apresenta o responsável pelo financiamento

O instrumento de coleta de dados é pertinente aos objetivos delineados e preserva o participante do constrangimento

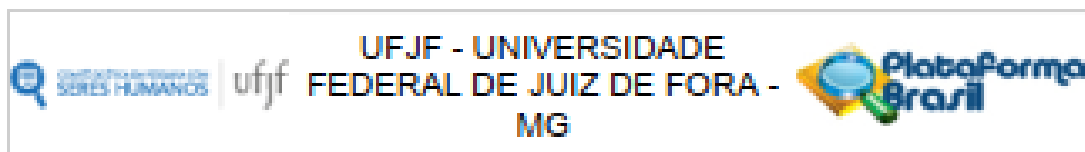
O TCLE

- Está em linguagem adequada, clara para compreensão do participante
- Apresenta justificativa e objetivos
- Descreve suficientemente os procedimentos
- Apresenta campo para a identificação dos participantes
- Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao participante
- Assegura liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades
- Garante sigilo e anonimato
- Explícita

o riscos e desconfortos esperados

o Ressarcimento de despesas

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)3162-3788 Fax: (32)3162-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.784.839

- o Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
- o Forma de contato com o pesquisador
- o Forma de contato com o CEP
- o O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos
- o Como será o descarte de material biológico coletado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto apresentada e assinada
- Declaração de Infra-estrutura e de concordância apresentada e assinada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: setembro de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1430035.pdf	08/11/2019 16:33:44		Acelto
Outros	Pendencias_alteracoes_realizadas.pdf	08/11/2019 16:25:38	Lilian do Nascimento	Acelto
Parecer Anterior	PE_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3673852.pdf	08/11/2019 16:23:47	Lilian do Nascimento	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Trabalhadores_Sistema_Prisional.pdf	08/11/2019 16:22:50	Lilian do Nascimento	Acelto

Endereço: JOSE LOURENÇO KEMER SM

Bairro: SÃO PEDRO

CEP: 36.036-000

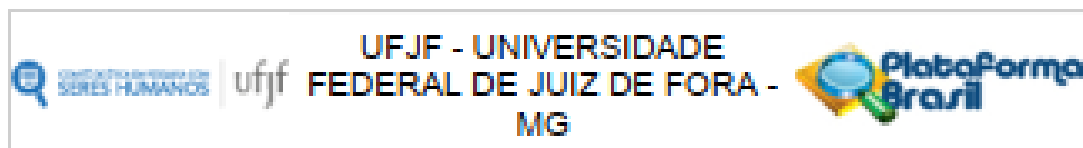
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (00)1100-3700

Fax: (00)1100-3700

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.764.839

Ausência	TCLE_Trabalhadores_Sistema_Prisional.pdf	08/11/2019 16:22:50	Lilian do Nascimento	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PPL.pdf	08/11/2019 16:20:24	Lilian do Nascimento	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	08/11/2019 16:19:10	Lilian do Nascimento	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/11/2019 16:16:30	Lilian do Nascimento	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/11/2019 16:14:48	Lilian do Nascimento	Acelto
Outros	Declaracao_de_sigilo.pdf	11/09/2019 19:23:51	Lilian do Nascimento	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura_PJF.pdf	11/09/2019 19:09:50	Lilian do Nascimento	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Institulcao_Estado.pdf	11/09/2019 19:07:41	Lilian do Nascimento	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/09/2019 18:59:52	Lilian do Nascimento	Acelto
Outros	ApendiceD_InstrumentoProfissionais.pdf	07/09/2019 15:26:40	DENICY DE NAZARÉ PEREIRA	Acelto
Outros	ApendiceG_InstrumentoPPL.pdf	07/09/2019 15:25:57	DENICY DE NAZARÉ PEREIRA	Acelto
Outros	ApendiceB_InstrumentoProfissionais.pdf	07/09/2019 15:24:43	DENICY DE NAZARÉ PEREIRA	Acelto
Outros	ApendiceA_InstrumentoPPL.pdf	07/09/2019 15:23:51	DENICY DE NAZARÉ PEREIRA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 19 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER SAN
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)3162-3788 Fax: (32)3162-3788 E-mail: cep.propenq@ufjf.edu.br

ANEXO E – Laudo de resultado de teste rápido – Imunocromatografia

 **JUIZ DE FORA**
PREFEITURA

CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE JUIZ DE FORA- CTA/JF
LAUDO DE RESULTADOS DE TESTE RÁPIDO – IMUNOCROMATOGRAFIA

DATA DA COLETA: 23/03/2021

NOME: Alexsandro de Amorim Figueira

DATA DE NASCIMENTO: 25/03/62

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Teste 1 - Nome do produto: HIV 1 e 2 – Abon Resultado 1: NÃO SOLICITADO Amostra: Sangue Total

Teste 2 - Nome do produto: HIV 1 e 2 - Biomanguinhos Resultado 2: _____ Amostra: Sangue Total

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: AMOSTRA _____ PARA HIV

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO ANTICORPOS PARA SÍFILIS

Teste – Nome do produto: Bioclin Amostra: Sangue Total

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: AMOSTRA _____ PARA SÍFILIS

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE HbsAg – HEPATITE B

Teste – Nome do produto: Bioclin Amostra: Sangue Total

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: AMOSTRA _____ PARA HEPATITE B

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HCV – HEPATITE C

Teste - Nome do produto: Abon Amostra: Sangue Total

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: AMOSTRA _____ PARA HEPATITE C

Fase pós-analítica: Conforme o laudo acima estabelecido pelo responsável técnico:
Para Ciência e interpretação dos resultados pelo profissional solicitante/assinatura e carimbo: _____

O exame para HIV:

- Amostra com resultado **NÃO REAGENTE**: avaliar janela imunológica e se recomendado retornar após 30 dias e 90 dias para realização de novo exame.
- Amostra com resultado **REAGENTE para HIV**: em conformidade com o Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV do Ministério da Saúde atualizado em 2018 é necessário **realizar dois testes rápidos em série** (Kits de fabricantes distintos, padronizados pelo MS/ANVISA). Também, recomenda-se coleta de teste de quantificação de carga viral para descartar a ocorrência de um possível duplo falso-reagente. (conter lote e validade).

O exame para Hepatite B e Hepatite C:

- Os testes rápidos utilizados são testes de triagem para Hepatite B e Hepatite C.
- Amostra com resultado **REAGENTE** implica na realização de testes complementares para conclusão de diagnóstico. (conter lote e validade).
- Amostra com resultado **NÃO REAGENTE, com suspeita de infecção**, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra, para a realização de um novo teste.

O exame para SÍFILIS: O teste rápido utilizado é um teste treponêmico.

- Amostra **NÃO REAGENTE** para Sífilis, com suspeita de diagnóstico clínico e epidemiológico, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após essa data.
- Amostra com resultado **REAGENTE** no teste rápido para Sífilis: o paciente deverá realizar um teste não treponêmico para a finalização do diagnóstico e acompanhamento do caso. (conter lote e validade).

Linha do Nascimento – CORN MG 175563
Endereço: Av. Andradas, 523 Centro
Telefone: 3690-7505 e 3690-7508
E-mail: ctajsf@cof.mg.gov.br

ANEXO F – Ficha de registro dos testes rápidos e resultados

REGISTRO DE TRABALHO DOS TESTES RÁPIDOS E RESULTADOS

TECNICOS: _____ DATA: ____/____/____

TESTES: HEPATITE B BIOCLIN/QUIBASA: LOTE: ____ VALIDADE: ____/____/____
 HIV BIO – MANGUINHOS DPP T2: LOTE: ____ VALIDADE: ____/____/____
 HIV ABON T1: LOTE: ____ VALIDADE: ____/____/____
 HEPATITE C ABOM: LOTE: ____ VALIDADE: ____/____/____
 SÍFILIS BIOCLIN/QUIBASA: LOTE: ____ VALIDADE: ____/____/____

	NOME	N° CTA	DN	PROFISSIONAL SOLICITANTE	HIV T1	HIV T2	Coado HIV	SÍFILIS	HEP B	HEP C	TESTES REPETIDOS
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Assinatura/carimbo: responsável Técnico

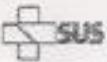
Positivo = Pos
 Negativo = Neg
 Não solicitado = NS
 Indeterminado = ID

ANEXO G – Ficha de solicitação de exames complementares de média complexidade

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA SECRETARIA DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA	
Exames Complementares de Média Complexidade	
UNIDADE SOLICITANTE: _____	
NOME DO PACIENTE: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: ____ CARTÃO SUS: _____	
INDICAÇÃO: _____	
PRÉ-REQUISITOS (exames realizados): _____	
MATERIAL A EXAMINAR: _____	
EXAMES SOLICITADOS: _____	

DATA DOS ÚLTIMOS EXAMES REALIZADOS: ____/____/____ (os mesmos exames)	
DATA: ____/____/____	_____
ASSINATURA/CARIMBO COM ESPECIALIDADE	
OBS.: Pedido incompleto, incorreto, ilegível ou médico não autorizado, será devolvido através do paciente.	

ANEXO H – Impressos do departamento de DST, aids, e hepatites virais B e C

 Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais		Formulário de solicitação Carga Viral do Vírus da Hepatite B	
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNES*	
SAC - CIA - RF			
3. CNES do(a) paciente	Nome completo do(a) usuário(a)*		7. Preferência de identificação
	5. Oficial		☐ 1-Oficial
4. Data de nascimento*	6. Social		☐ 2-Social
9. Nacionalidade	10. Raça/Cor	11. Étnia	8. Sexo*
	☐ 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 6-não informado 7-ignorada		☐ 1-Feminino
			☐ 2-Masculino
13. Número de identidade	14. CPF	15. Legadoiro*	
16. Número*	17. Complemento	18. Bairro	19. Município*
20. Cód. IBGE	21. UF*	22. CEP*	
23. Telefone	24. País	25. Prontuário	26. Gestante*
			☐ 1- Sim 2- Não
28. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor do idade do incapaz)		27. Escolaridade (em anos)	
		1. Nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 / 5. De 12 e mais / 6. não informado / 7. ignora	
30. Código do procedimento		29. CPF do(a) responsável	
02.13.01.020-8			
Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)			
32. Data 1ºs sintomas	33. Mãe gestacional	34. Motivo do exame*	
/ /	☐ 1. 1º trimestre / 2. 2º trimestre / 3. 3º trimestre 4. ignorado 5. Não se aplica	☐ 1. Confirmação do diagnóstico 2. Auxiliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Gestante portadora de hepatite B 5. Investigação de transmissão vertical	
35. Estágio da doença (CID)		36. Tratamento	
☐ 1. Hepatite B aguda (B16) ☐ 2. Hepatite B crônica sem Delta (B18.1) ☐ 3. Hepatite B crônica com Delta (B18.0)		☐ Alfa interferona ☐ Alfa peginterferona (PEG-IFN) ☐ TDF ☐ ETV ☐ 3TC ☐ ADF	
38. Comorbidades (CID)		37. Data de início da terapia	
☐ 1. Hepatite C (B18) 2. Carcinoma de células hepáticas (C22) 3. HIV/Aids (B20-B24) 4. Fígado transplantado (Z94.4)			
40. Nome do profissional solicitante*		41. Registro do conselho profissional*	42. Assinatura e Carimbo*
		Conselho/UF/Nº	
43. Data de solicitação*	44. CPF do profissional*		
/ /			
45. Nome da instituição*		46. Data da coleta*	47. Hora da coleta*
		/ /	
48. Nome da instituição*		49. CNES*	50. Data do recebimento*
			/ /
52. Solicitação do exame*		53. Identificador de amostra*	54. Responsável*
/ /			
56. Material biológico*	57. Volume da amostra	58. Nº de cópias	59. Log
60. Técnica*			

* Preenchimento obrigatório.

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais		Carga Viral do Vírus da Hepatite C	
1. Instituição solicitante (nome e endereço)*		2. CNES*	
3. CNES do paciente		Nome completo do usuário*	
4. Data de nascimento*		5. Oficial	
6. Social		7. Profissional de identificação*	
8. Nacionalidade		9. Sexo*	
10. Raça/Cor		11. Etnia	
12. Nome da mãe*		13. Número da identidade	
14. CPF		15. Logradouro*	
16. Número*		17. Complemento	
18. Bairro		19. Município*	
20. Cód. IBGE		21. UF*	
22. CEP*		23. Telefone	
24. País		25. Profissional	
26. Gestante*		27. Exatidão (em anos)	
28. Nome do responsável (se o paciente for menor de idade ou incapaz)		29. CPF do responsável	
30. Código do procedimento		31. Nome do procedimento	
02.02.03.108-0		Quantificação de RNA do vírus da hepatite C	
32. Data 1ºs sintomas		33. Idade gestacional	
34. Método do exame*		35. Estágio da doença (CID)	
36. Data do diagnóstico		37. Tratamento	
38. Início da terapia		39. Comorbidade (CID)	
40. Biópsia hepática		41. APRI	
42. FIB-4		43. Elastografia hepática (kPa)	
44. Sinais clínicos ou outras evidências		45. Nome do profissional solicitante*	
46. Registro do conselho profissional*		47. Assinatura e Carimbo*	
48. Data da solicitação*		49. CPF do profissional*	
50. Nome da instituição*		51. Data da coleta*	
52. Hora da coleta*		53. Nome da instituição*	
54. CNES*		55. Data do recebimento*	
56. Hora do recebimento*		57. Solicitação do exame*	
58. Identificador da amostra*		59. Responsável*	
60. Data do resultado*		61. Material biológico*	
62. Volume da amostra		63. Nº de cópias	
64. Log		65. Técnica	

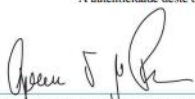
ANEXO I – Certificado de treinamento Portal TELELAB/Ministério da Saúde e CTA/Juiz de Fora

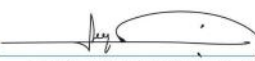


Conteúdo Programático

- Identificar os vírus causadores de Hepatites Virais.
- Conhecer os marcadores sorológicos das infecções por Vírus das Hepatites B e C.
- Identificar os princípios metodológicos dos testes rápidos utilizados no diagnóstico das Hepatites B e C.
- Compreender a coleta de sangue por punção digital para a realização de testes rápidos.
- Ler e interpretar testes rápidos para o diagnóstico das Hepatites B e C.

A autenticidade deste documento pode ser verificada em "www.telelab.aids.gov.br/verificar" informando a senha: KFJZ94Owx2


Gelson Fernando Mendes Pereira
Diretor do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais


Lucy Maria Bez Birolo Parucker
Professora Coordenadora do Tetratô na Universidade Federal de Santa Catarina



TELELAB
diagnóstico e monitoramento
O TELELAB é um programa de educação permanente

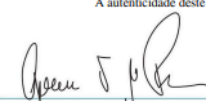
CERTIFICADO

Certificamos que **Lílian do Nascimento** realizou o curso **Diagnóstico de Sífilis** da plataforma de Educação Permanente TELELAB com carga horária de **15 horas** e obteve aprovação em **12 de novembro de 2019**.

Conteúdo Programático

- Contextualizar histórica e socialmente a Sífilis.
- Relacionar as fases da doença com o diagnóstico laboratorial e reconhecer o agente etiológico da sífilis.
- Identificar o princípio metodológico dos testes de flocação.
- Preparar a suspensão antigênica para realizar o teste de VDRL.
- Validar a suspensão antigênica para assegurar a qualidade da suspensão antigênica para reação do VDRL.
- Realizar o teste VDRL qualitativo para evitar o fenômeno prozona; Aplicar o teste quantitativo das amostras reagentes no teste qualitativo; Ler e interpretar o teste e emitir laudo;

A autenticidade deste documento pode ser verificada em "www.telelab.aids.gov.br/verificar" informando a senha: FcLqjUOr96


Gerson Fernando Mendes Pereira
 Diretor do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais


Lucy Maria Bez Berojo Parucker
 Professora Coordenadora do Tetratado na Universidade Federal de Santa Catarina






PREFEITURA

Secretaria de Saúde



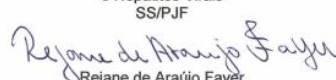
CERTIFICADO

Certificamos para os devidos fins que **Lilian do Nascimento**, participou do **“treinamento prático para execução de teste rápido em HIV, Sífilis, Hepatites B e C”**, nos dias 03 e 04 de dezembro de 2020, com carga horária total de 08 horas no Centro de Testagem e Aconselhamento.

Juiz de Fora, 04 de dezembro de 2020.


Oswaldo Alves dos Santos Júnior
 Gerente do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS e Hepatites Virais
 SS/PJF


Daiana Castilho
 Psicóloga e Supervisora do Centro de Testagem e Aconselhamento
 SS/PJF


Rejane de Araújo Fayer
 Técnico em Patologia


Simone Conceição Leopoldino de Oliveira
 Técnico em Enfermagem



JF
PREFEITURA

Secretaria
de Saúde



CONTEÚDO

Atendimento Pré teste;

Atendimento Pós teste;

Execução testes rápido HIV – imunoensaio cromatográfico rápido de fluxo lateral e de duplo fluxo (amostra sanguínea – punção digital);

Execução testes rápido HIV – imunoensaio cromatográfico rápido de duplo fluxo (amostra de fluido oral);

Execução testes rápido Sífilis – imunoensaio cromatográfico rápido de fluxo lateral (amostra sanguínea – punção digital);

Execução testes rápido Hepatite B – imunoensaio cromatográfico rápido de fluxo lateral (amostra sanguínea – punção digital);

Execução testes rápido Hepatite C – imunoensaio cromatográfico rápido de fluxo lateral (amostra sanguínea – punção digital);