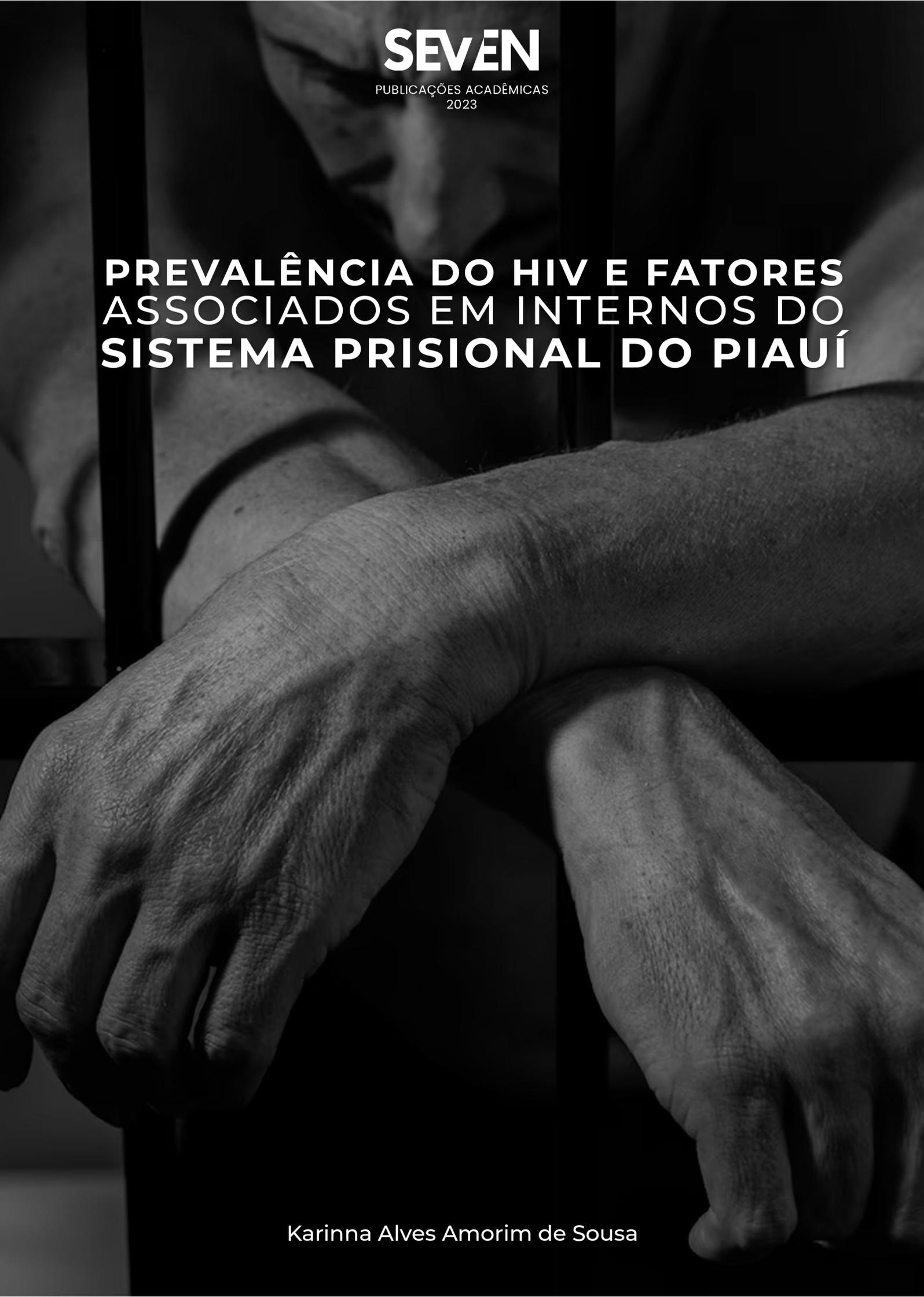


SEVEN

PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS
2023

PREVALÊNCIA DO HIV E FATORES ASSOCIADOS EM INTERNOS DO SISTEMA PRISIONAL DO PIAUÍ

Karina Alves Amorim de Sousa



SEVEN

PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS
2023

PREVALÊNCIA DO HIV E FATORES ASSOCIADOS EM INTERNOS DO SISTEMA PRISIONAL DO PIAUÍ

Karina Alves Amorim de Sousa

EDITORA CHEFE

Profº Me. Isabele de Souza Carvalho

EDITOR EXECUTIVO

Nathan Albano Valente

ORGANIZADORA DO LIVRO

Karina Alves Amorim de Sousa

PRODUÇÃO EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDIÇÃO DE ARTE

Alan Ferreira de Moraes

EDIÇÃO DE TEXTO

Natan Bones Petitemberte

BIBLIOTECÁRIA

Aline Grazielle Benitez

IMAGENS DE CAPA

AdobeStok

ÁREA DO CONHECIMENTO

Ciências Sociais Aplicadas

2023 by Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2023 Os Autores

Copyright da Edição © 2023 Seven Editora

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva da autora, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Seven Publicações Ltda. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos a autora, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Seven Publicações Ltda é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação.

Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.



O conteúdo deste Livro foi enviado pela autora para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional

CORPO EDITORIAL

EDITORA-CHEFE

Profº Me. Isabele de Souza Carvalho

CORPO EDITORIAL

Pedro Henrique Ferreira Marçal. Vale do Rio Doce University

Adriana Barni Truccolo- State University of Rio Grande do Sul

Marcos Garcia Costa Morais- State University of Paraíba

Mônica Maria de Almeida Brainer - Federal Institute of Goiás Campus Ceres

Caio Vinicius Efigenio Formiga - Pontifical Catholic University of Goiás

Egas José Armando - Eduardo Mondlane University of Mozambique.

Ariane Fernandes da Conceição- Federal University of Triângulo Mineiro

Wanderson Santos de Farias - Universidad de Desarrollo Sustentable

Maria Gorete Valus -University of Campinas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Sousa, Karinna Alves Amorim de
Prevalência do HIV e fatores associados em
internos do sistema prisional do Piauí [livro
eletrônico] / Karinna Alves Amorim de Sousa. --
São José dos Pinhais, PR : Seven Events, 2023.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-84976-63-4

1. Cárcere privado 2. HIV (Vírus) - Prevenção
3. HIV - Infecções 4. Prisão - Brasil 5. Prisioneiros
6. Prisioneiros - Cuidados médicos 7. Saúde pública
8. Sistema Único de Saúde (Brasil) 9. Sistema
penitenciário - Brasil I. Título.

23-168714

CDD-362.1969792

Índices para catálogo sistemático:

1. Sistema penitenciário : HIV-AIDS : Cuidados de saúde : Problemas sociais 362.1969792

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

DOI – DOI:10.56238/prevhivpiaui-001

Seven Publicações Ltda
CNPJ: 43.789.355/0001-14
editora@sevenevents.com.br
São José dos Pinhais/PR

DECLARAÇÃO DO AUTOR

O autor deste trabalho DECLARA, para os seguintes fins, que:

Não possui nenhum interesse comercial que gere conflito de interesse em relação ao conteúdo publicado;

Declara ter participado ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente nas seguintes condições: "a) Desenho do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação dos dados; b) Elaboração do artigo ou revisão para tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão";

Certifica que o texto publicado está completamente livre de dados e/ou resultados fraudulentos e defeitos de autoria;

Confirma a citação correta e referência de todos os dados e interpretações de dados de outras pesquisas;

Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para realizar a pesquisa; Autoriza a edição do trabalho, incluindo registros de catálogo, ISBN, DOI e outros indexadores, design visual e criação de capa, layout interno, bem como seu lançamento e divulgação de acordo com os critérios da Seven Eventos Acadêmicos e Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Seven Publicações DECLARA, para fins de direitos, deveres e quaisquer significados metodológicos ou legais, que:

Esta publicação constitui apenas uma transferência temporária de direitos autorais, constituindo um direito à publicação e reprodução dos materiais. A Editora não é co-responsável pela criação dos manuscritos publicados, nos termos estabelecidos na Lei de Direitos Autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; O(s) autor(es) é(são) exclusivamente responsável(eis) por verificar tais questões de direitos autorais e outros, isentando a Editora de quaisquer danos civis, administrativos e criminais que possam surgir.

Autoriza a **DIVULGAÇÃO DO TRABALHO** pelo(s) autor(es) em palestras, cursos, eventos, shows, mídia e televisão, desde que haja o devido reconhecimento da autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial, com a apresentação dos devidos **CRÉDITOS** à **SEVEN PUBLICAÇÕES**, sendo o(s) autor(es) e editora(es) responsáveis pela omissão/exclusão dessas informações;

Todos os e-books são de acesso aberto, portanto, não os venda em seu site, sites parceiros, plataformas de comércio eletrônico ou qualquer outro meio virtual ou físico. Portanto, está isento de transferências de direitos autorais para autores, uma vez que o formato não gera outros direitos além dos fins didáticos e publicitários da obra, que pode ser consultada a qualquer momento.

Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições públicas de ensino superior, conforme recomendado pela CAPES para obtenção do Qualis livro;

A Seven Eventos Acadêmicos não atribui, vende ou autoriza o uso dos nomes e e-mails dos autores, bem como de quaisquer outros dados deles, para qualquer finalidade que não seja a divulgação desta obra, de acordo com o Marco Civil da Internet, a Lei Geral de Proteção de Dados e a Constituição da República Federativa.

Organizadora do Ebook

Karina Alves Amorim de Sousa



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí - UFPI. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí - UFPI. Especialista em Gestão em Programas de Controle da Tuberculose pela FIOCRUZ. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - UNINOVAFAPI. Enfermeira da Fundação Municipal de Saúde - FMS (2015 até dias atuais). Enfermeira na Secretaria Estadual de Saúde do Piauí - SESAPI atuando como Coordenadora Estadual de Doenças Transmissíveis, responsável

pelos programas de controle das IST/Aids, Tuberculose e Hanseníase (2010 até dias atuais). Estudiosa e Pesquisadora das temáticas: Saúde Pública, Vigilância Epidemiológica e Doenças Transmissíveis. Possui experiência na docência de graduação em Enfermagem e como tutora, preceptora, instrutora e supervisora de cursos de saúde e projetos afins.

APRESENTAÇÃO

O interesse pela realização do presente estudo ocorreu pela atuação profissional da autora na área das doenças transmissíveis, por apreciar as especificidades das DST/HIV/AIDS e pela motivação em aprofundar questionamentos relacionados à temática, bem como conhecer e contribuir com o enfrentamento do HIV/Aids na população do Estado do Piauí. A trajetória da autora tem-se firmado por afinidade em acompanhar os fenômenos que a Aids vem assumindo ao longo do tempo. O curso realizado na Universidade de São Paulo — USP, sobre “Prevenção do HIV/Aids no quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos” possibilitou um novo olhar sobre as questões relacionadas e associadas ao HIV e despertou novos desafios de entendimento à questão.

A inserção profissional em serviços voltados à saúde pública no Estado do Piauí, especificamente como coordenadora do programa estadual de DST/Aids, possibilitou no aspecto mais amplo perceber necessidades de conhecimentos e apropriação da tendência do HIV em populações em situação de maior vulnerabilidade, destacando-se entre as mais marginalizadas no que diz respeito ao acesso à saúde, os presidiários. Como Enfermeira, profissional qualificada à prescrição de cuidados e ao compromisso que transcende a “enfermidade”, desenvolveu também um olhar ao contexto do “enfermo” e seu meio, tornando-se objeto de preocupação e inquietação às questões relacionadas à saúde coletiva.

Sabe-se que a pandemia da Aids está entre as principais causas de morte por doenças infecciosas no mundo. Apesar de ocupar ranking de prioridade política e compromisso mundial voltado ao seu controle, os dados ainda são preocupantes e estudos de prevalência do HIV em populações específicas ainda são escassos, notadamente no nordeste do Brasil.

A apresentação do estudo foi construída em seis capítulos, que seguem:

No capítulo 1 – Introdução: Contextualização do problema do estudo, justificativa e objetivos gerais e específicos. No capítulo 2 – Revisão de literatura: Levantamento bibliográfico acerca das temáticas HIV/Aids e Sistema penal. No capítulo 3 – Metodologia: Caracterização do estudo, definição do local e população do estudo, técnica de coleta e análise dos dados; e aspectos éticos envolvidos na pesquisa. No capítulo 4 – Resultado: Exposição das análises univariadas, bivariadas e multivariadas. No capítulo 5 – Discussão: Exposição dos pontos de convergência e divergência com o conhecimento produzido pelo estudo. No capítulo 6 – Conclusão: Apresentação dos principais achados, considerações finais e contribuições.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- Aids:** Acquired immunodeficiency syndrome — Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CDC:** Centers for Disease Control and Prevention
- DDAHV:** Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
- DEPEN:** Departamento Penitenciário Nacional
- DST:** Doença Sexualmente Transmissível
- EUA:** Estados Unidos da América
- ELISA:** Ensaio Imunoenzimático
- HAART:** Terapia antiretroviral altamente potente
- HIV:** Vírus da Imundeficiência Adquirida
- HPV:** Papilomavírus Humano
- HSH:** Homens que fazem Sexo com Homens
- IE:** Imunoensaios de triagem
- LACEN:** Laboratório Central
- MS:** Ministério da Saúde
- OMS:** Organização Mundial de Saúde
- PNAISP:** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das PPL
- PNSSP:** Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional
- PPL:** População Privada de Liberdade
- PVHA:** Pessoa Vivendo com HIV/Aids
- SAE:** Serviço de Atendimento Especializado para HIV/Aids
- SEJUS:** Secretaria Estadual de Justiça do Piauí
- SESAPI:** Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
- SICLOM:** Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
- SIM:** Sistema de Mortalidade
- SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SISCEL:** Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TARV:**Terapia antiretroviral
- TR:** Teste Rápido
- UDI:** Usuários de Droga Injetável
- UNAIDS:** Programa de Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos internos das unidades prisionais por municípios e caracterização sociodemográfica / econômica. Teresina – Piauí, 2014 (n = 2131).

Tabela 2: Prevalência do HIV em internos das unidades prisionais por municípios. Teresina – Piauí, 2014 (n=2131).

Tabela 3: Associação das características sociodemográficas/econômicas da população prisional em estudo, relacionadas a infecção pelo HIV. Teresina – Piauí, 2014 (n=2131).

Tabela 4: Associação do uso de álcool e outras drogas relacionadas à infecção pelo HIV na população prisional em estudo. Teresina – Piauí, 2014 (n=2131).

Tabela 5: Associação do risco por exposição parenteral relacionado à infecção pelo HIV na população prisional em estudo. Teresina – Piauí, 2014 (n=2131).

Tabela 6: Associação da prática sexual de risco da população prisional em estudo com a infecção pelo HIV. Teresina – Piauí, 2014 (n=2131).

Tabela 7: Associação das informações referidas pela população prisional em estudo, sobre HIV/DST relacionadas à infecção pelo HIV. Teresina – Piauí, 2014 (n=2131).

Tabela 8: Regressão logística múltipla dos fatores de riscos associados à infecção pelo HIV na população prisional em estudo. Teresina – Piauí, 2014. (n=2131).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da composição da amostra da pesquisa no Sistema Prisional do Estado do Piauí. Teresina/PI, 2014.

Figura 2: Fluxograma da Coleta de dados em internos do Sistema Prisional do Estado do Piauí. Teresina/PI, 2014.

Figura 3: Algoritmo de realização do teste rápido anti-HIV, em internos do Sistema Prisional do Estado do Piauí. Teresina/PI, 2014

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Revisão das publicações em bancos de dados, referente à prevalência da infecção pelo HIV em Presídios do Mundo, de 2004 a 2014.

Quadro 2: Revisão das publicações em bancos de dados, referente à prevalência da infecção pelo HIV em Presídios do Brasil, de 2004 a 2014.

Quadro 3: Descrição das Penitenciárias por Municípios do Estado do Piauí, segundo sua composição física e localização geográfica. Teresina/PI – 2014.

Quadro 4: Distribuição do quantitativo de internos existentes e participantes por municípios do Estado do Piauí. Teresina/PI – 2014.

SUMÁRIO

RESUMO	11
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO HIV/AIDS E A ORIGEM DO HIV.....	14
3.2 HIV, MECANISMO DE AÇÃO E A HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA.....	16
3.3 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV E A VIGILÂNCIA DO HIV/AIDS NO BRASIL.....	21
3.4 TRATAMENTO DO HIV/AIDS.....	23
3.5 O CONTEXTO DO AMBIENTE PRISIONAL NO BRASIL E NO MUNDO E A INTERFACE COM A SAÚDE NO ÂMBITO DO HIV/AIDS.....	28
3.6 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV/AIDS E SUA PREVALÊNCIA NO AMBIENTE PRISIONAL..	32
3.7 A ENFERMAGEM FRENTE AO SISTEMA PRISIONAL E A SUA CONTRIBUIÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS.....	37
4 METODOLOGIA	38
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	39
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	40
4.4 COLETA DOS DADOS.....	42
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	47
4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	47
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	48
5 RESULTADOS	48
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA/ECONÔMICA DA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO.....	48
5.2 PREVALÊNCIA DO HIV NA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO.....	49

5.3 ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS/ECONÔMICAS DA POPULAÇÃO PRISIONAL DO ESTUDO RELACIONADAS À INFECÇÃO PELO HIV.....	50
5.4 ASSOCIAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS RELACIONADAS À INFECÇÃO PELO HIV NA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO.....	51
5.5 ASSOCIAÇÃO DO RISCO POR EXPOSIÇÃO PARENTERAL RELACIONADO À NFECÇÃO PELO HIV NA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO.....	51
5.6 ASSOCIAÇÃO DA PRÁTICA SEXUAL DE RISCO DA POPULAÇÃO PRISIONAL DO ESTUDO RELACIONADA À INFECÇÃO PELO HIV.....	52
5.7 ASSOCIAÇÃO DAS INFORMAÇÕES REFERIDAS PELA POPULAÇÃO PRISIONAL DO ESTUDO, SOBRE HIV/DST RELACIONADAS À INFECÇÃO PELO HIV.....	53
5.8 REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA DOS FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO HIV NA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO.....	53
6 DISCUSSÃO.....	54
6.1 PERFIL DOS INTERNOS DO SISTEMA PRISIONAL EM ESTUDO.....	54
6.2 PREVALÊNCIA DO HIV EM INTERNOS DO SISTEMA PRISIONAL DO ESTUDO.....	56
6.3 USO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ILÍCITAS.....	58
6.4 EXPOSIÇÃO PARENTERAL.....	60
6.5 COMPORTAMENTO SEXUAL.....	61
6.6 INFORMAÇÕES DA AMOSTRA SOBRE HIV/DST.....	65
6.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	66
7 CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A – INSTRUMENTO USADO PARA A COLETA DE DADOS.....	80
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
ANEXO.....	83
A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP.....	84



<https://doi.org/DOI:10.56238/prevhivpiaui-001>

Karina Alves Amorim de Sousa

Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado e Doutorado; 2015. Mestra em Enfermagem.

E-mail: karinnaduda@gmail.com

RESUMO

A infecção pelo HIV concretiza-se como grande problema de Saúde Pública. O Ministério da Saúde estima aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. A OMS define populações-chave os segmentos populacionais que, devido adoção de comportamentos que conferem alto risco específicos, possuem maiores chances de infecção pelo HIV. Dentre as populações específicas, destaca-se a população privada de liberdade, pois o confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas. Esta pesquisa tem como objetivo: Analisar a prevalência da infecção pelo HIV e fatores associados em internos de presídios do Estado do Piauí. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, desenvolvido com 2.131 presidiários do Piauí. A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro/2013 a maio/2014, por meio da aplicação de formulário pré-testado e realização de teste rápido para diagnóstico do HIV. Os dados foram digitados e analisados com a utilização do software SPSS versão 19.0. Foram realizadas análises univariadas, por meio de estatísticas descritivas simples. Na estatística inferencial foram aplicados testes de hipóteses bivariados e multivariados, com a utilização de regressão logística simples (Odds ratio não ajustado) e múltipla (Odds ratio ajustado). O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$. Os resultados foram: 2.131 presidiários participaram do estudo, 1.116 (52,4%) eram residentes do interior do Estado, 1.037 (48,6%) estavam na faixa etária de 23 a 32 anos, 1.977 (92,8%) eram do sexo masculino e 1.342 (63,0%) referiram escolaridade compatível com ensino fundamental incompleto, 1.312 (61,6%) se declararam pardos, 1.235 (58,0) em situação conjugal solteiros/separados/viúvos e 793 (37,2%) sem renda pessoal. Quanto à prevalência do HIV foi de 1,0% (IC95% = 0,6-1,4). Houve associação estatisticamente significativa entre o HIV positivo e as variáveis: uso de drogas ilícitas, ter prática sexual com parceiros do mesmo sexo, selecionar parceiros por atributos físicos, não usar preservativo por não sempre dispor e praticar sexo por via vaginal. Permaneceram estatisticamente associadas após análise multivariada: prática sexual com parceiros do mesmo sexo ($p=0,05$), seleção de parceiros por atributos físicos ($p=0,04$) e prática de sexo por via vaginal ($p<0,01$). Os resultados desta pesquisa evidenciam a necessidade de ações públicas de saúde, incluindo articulação entre esferas governamentais e entre gestão da saúde e da justiça, para elaborar estratégias de modo a contemplar a demanda de saúde dos internos do Sistema Prisional do Estado. Faz-se oportuna a ampliação de ações relacionadas ao diagnóstico do HIV na admissão e rotina, atividades contínuas de educação em saúde, capacitação dos profissionais de saúde que compõem a equipe da justiça para fortalecer a promoção da saúde, prevenção e controle das DST/HIV/Aids.

Palavras-chave: HIV, Prevalência, Prisões, Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A Organização Mundial de Saúde define populações-chave como grupos que, devido adoção de comportamentos de alto risco específicos, possuem maiores chances de infecção pelo HIV, independentemente do tipo de epidemia ou contexto local. Além disso, muitas vezes possuem questões jurídicas e sociais relacionadas com os seus comportamentos, que aumentam suas vulnerabilidades. Também alerta que os países precisam remover as barreiras jurídicas e sociais que impedem a essas pessoas o acesso aos serviços de saúde (WHO, 2014).

No que se refere a investigações sobre o HIV, a UNAIDS aponta para a importância de enfoque nas localizações geográficas e nos segmentos populacionais. Seus documentários em último relatório, trazem análise aprofundada da epidemia da Aids no mundo, considerando algumas populações mais vulneráveis ao vírus, dentre elas destacam-se: homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, população prisional, profissionais do sexo, pessoas transgêneros. Também indica crescente lacuna entre as pessoas que têm acesso a prevenção, tratamento, cuidados e apoio, e as que estão sendo deixadas à margem. Revela ainda que a melhor estratégia para se combater a epidemia da Aids é focar nas populações que vivenciam situações de maior vulnerabilidade (UNAIDS, 2014).

Seguindo cenário mundial, um novo ciclo de desenvolvimento da Aids se revela no Brasil, com taxas de prevalência relativamente mais baixas na população em geral em contraste com prevalências mais elevadas em subgrupos populacionais em situação de maior risco ao HIV, exigindo resposta programática ao controle da infecção, com aprimoramento das estratégias de prevenção, vigilância, assistência e tratamento em grupos específicos. Reitera-se que um sistema de vigilância epidemiológica aprimorado, precisa responder à complexidade dos agravos que buscam acompanhar e não basta estarem baseados exclusivamente na notificação dos casos. Para tanto, é necessário conhecer oportunamente as populações vulneráveis, comportamentos, riscos, entre outros fatores, de forma a subsidiar intervenções mais efetivas.

Dentre as populações específicas e em situação de maior vulnerabilidade, destaca-se a população privada de liberdade (PPL), que é considerada altamente vulnerável, como revela Strazza et al., (2007), Araujo; Jonas; Pfrimer, (2007), Diuana et al., (2008), Gois et al., (2012), Nokhodian et al., (2012), Rosa et al., (2012), Alquimim, (2014). Para esses autores, a prisão é considerada local de alto risco, principalmente pela heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço, tendo como consequência, maior exposição a riscos físicos, psicológicos, transmissão de doenças infecciosas, que tanto podem ser trazidas para dentro da prisão como serem adquiridas dentro dela. Os fatores que predispõem a essa situação são o estilo de vida dos indivíduos e as condições de vida do recluso, que compreendem comportamentos de risco às infecções.

O confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas, tanto pelos comportamentos sexuais inadequados (NICOLAU; PINHEIRO, 2012a; NICOLAU et al., 2012b), como pelo uso de drogas, especialmente as injetáveis, como responsável pela transmissão do HIV nos presídios (MIRANDA; ZAGO, 2001; MARTIN et al., 2005; GABE; LARA, 2008). O consumo das substâncias ilícitas tem se ampliado significativamente, os resultados dessa expansão ocasionam desordens sociais, econômicas e de saúde, tornando-se sério problema de justiça e de saúde pública (SILVA JÚNIOR; MONTEIRO, 2012).

A assistência da saúde à população prisional figura como elemento que contribui para o retorno à convivência em sociedade. Dessa forma, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP prevê a garantia de ações de modo a promover a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade. Estão no elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, as ações relativas às DST/HIV/Aids na sua integralidade de prevenção, vigilância, tratamento, acompanhamento e demais demandas oriundas desse contexto (BRASIL, 2010)

Os Ministérios da Saúde e da Justiça têm implementado esforços na tentativa de solucionar a problemática da dificuldade de efetivação da promoção da saúde no ambiente prisional. Em 2014 foi instituída 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), que determina princípios, diretrizes, objetivos e competências dos entes federativos (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Face as considerações levantadas, a infecção pelo HIV e o adoecimento pela Aids constituem-se grave problema de saúde pública. A pandemia do vírus possui distribuição universal, porém sua prevalência difere de acordo com as características socioeconômicas e culturais em cada região e sua disseminação assume características concentradas e multifacetadas. É importante reiterar a observação da OMS que aponta tendência de aumento em subgrupos populacionais de maior vulnerabilidade, quando comparadas a população em geral. Nesse sentido, investigar e conhecer os fatores de risco associados à presença do vírus HIV em populações específicas é interesse da comunidade científica, uma vez que justifica a adoção de medidas estratégicas e voltadas a realidade. E no que diz respeito ao perfil do HIV no segmento da população prisional, importa saber que não há estudos dessa natureza no Piauí.

Nessa perspectiva, com base na escassez de estudos regionais e na ausência de estudos locais que investiguem a prevalência do HIV e os fatores de risco associados à infecção em ambiente prisional, considera-se a pesquisa de relevância, uma vez que permite a identificação da infecção na população prisional do Estado do Piauí, e possibilita conhecimento sobre a dinâmica de transmissão do HIV relacionada aos fatores de risco que predispõem. Pretende ainda, contribuir e colaborar para o estabelecimento de políticas e estratégias mais eficazes e adequadas à realidade dos internos no

ambiente prisional. Também poderá servir de estímulo à construção de outros estudos que busquem aprofundar o tema em questão.

Esta pesquisa também atende às recomendações do Relatório Final da Consulta Nacional sobre HIV/Aids no Sistema Penitenciário, inseridas no Eixo IV - Acesso às tecnologias e aos insumos de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das DST, HIV/Aids, que apresentam como primeira meta: Realização de estudos de comportamento e de prevalência de HIV/DST/Sífilis/Hepatites Virais e Tuberculose, garantindo os padrões éticos, consentimento e autonomia dos sujeitos. O referente relatório foi concebido da Consulta Regional para a América Latina e Caribe sobre HIV/Aids no Sistema Penitenciário, ocorrido em 2008, em São Paulo, com a participação de representantes de governo e sociedade civil de 20 países da região e de organizações internacionais relacionadas ao tema. Teve como objetivo estabelecer bases comuns para a definição de políticas penitenciárias integrais, que abordem o enfrentamento da Aids no sistema penitenciário de cada país envolvido, a partir de um consenso no nível nacional e continental (BRASIL, 2009a).

Frente ao exposto, o presente estudo tem por objeto a prevalência do HIV e fatores associados em internos do sistema prisional do Piauí.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência da infecção pelo HIV e fatores associados em internos de presídios do Estado do Piauí.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos/ econômicos e distribuição por município;

Estimar a prevalência da infecção pelo vírus HIV na população estudada;

Investigar associação entre a prevalência do HIV e fatores de risco relacionados ao perfil sociodemográfico/econômico, ao uso de álcool de outras drogas, à exposição parenteral, às práticas sexuais e às informações sobre HIV na população do estudo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO HIV/AIDS E A ORIGEM DO HIV

A Aids apareceu pela primeira vez em 1978, sendo reconhecida como a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) em 1981 pelo CDC (Centers for Disease Control) nos Estados Unidos, a partir da identificação em cinco homens homossexuais, que apresentavam neoplasia do tipo sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, e outras Infecções Oportunistas (IO), com

comprometimento do sistema imunológico, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença. (SCHAECHTER et al., 2009).

Na época, pela manifestação clínica dos casos predominarem na população homossexual masculina, a epidemia ficou vulgarmente conhecida como “peste gay”. Posteriormente foram identificados casos entre indivíduos submetidos à transfusão de sangue, hemofílicos, usuários de droga injetável (UDI), sugerindo então que a transmissão da doença poderia ocorrer também por via sanguínea. A seguir, os mesmos sintomas foram observados em prostitutas e nas crianças de mães infectadas, confirmando a transmissão sexual (CDC, 1982). Hoje, sabe-se que o HIV pode ser transmitido por via: sexual, parenteral e vertical (de mãe-filho). Entre todas as formas, a via sexual é de longe o modo mais comum de transmissão (WEISS; HAWKES, 2001; GARCIA; SOUZA, 2010).

Em 1983, o serviço de saúde pública dos EUA publicou quais os grupos de risco, os modos de transmissão e as primeiras recomendações para a prevenção da Aids, incluindo uma recomendação para que os membros dos grupos de risco limitassem o número de parceiros sexuais e não doassem sangue ou plasma. Antes mesmo que o agente etiológico HIV tivesse sido isolado, iniciaram os esforços de prevenção da Aids (COCK; JAFFE; CURRAN, 2011).

A corrida internacional pela descoberta do agente causador da Aids encerrou nesse mesmo ano, quando um grupo de trabalho liderado por Luc Montaigner no Instituto Pasteur de Paris, conseguiu isolar o vírus do gânglio linfático de um paciente. A partir da biópsia, foram preparados linfócitos e incubados em meios de cultura celular. Após período de incubação de 15 dias foi possível observar, remanescente atividade da Reverse Transcriptase, interpretada como sinal da replicação viral de um retrovírus. O estabelecimento de um sistema celular permissivo para o retrovírus associado com a Aids foi obtido em 1984, pelo grupo de pesquisadores liderados por Robert Gallo, nos EUA. Os retrovírus isolados independentes se tratavam de variantes do mesmo vírus, isso serviu de base para um comitê internacional substituir as diferentes denominações do causador da Aids pela denominação uniforme de Human Immunodeficiency Virus tipo 1 (HIV-1). Em 1986, o grupo de Luc Montaigner relatou o descobrimento de outro retrovírus semelhante ao HIV-1, que passou a ser denominado Human Immunodeficiency Virus tipo 2 (HIV-2) (FOCACCIA, 2005).

No Brasil, a Aids foi identificada pela primeira vez em 1982, quando do diagnóstico em pacientes homo ou bissexuais. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no Estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980. Com o passar dos anos, importantes mudanças em seu perfil epidemiológico ocorreram: de 1980 a 1986, caracterizava-se pela transmissão entre homo/bissexual masculino de escolaridade elevada; de 1987 a 1991, caracterizava-se pela transmissão sanguínea e em usuários de drogas injetáveis, de 1992 até os dias atuais, observa-se que a principal via de transmissão constitui-se na sexual, com aumento de casos entre heterossexuais e a ocorrência de fenômenos como a feminização, a pauperização, a interiorização e a juvenização da Aids (FONSECA; BASTOS, 2007).

O conhecimento sobre a introdução do HIV na espécie humana foi um dos desafios mais instigantes da epidemia da Aids. Pesquisadores consensuaram por evidências clínicas que o HIV teve origem em transmissões zoonóticas do retrovírus de primatas – SIV (vírus da imunodeficiência simia), provavelmente por contato com sangue e secreções de animal contaminado e/ou ingestão de carne contaminada (HANH et al., 2000). A origem zoonótica do HIV-2 foi a primeira a ser elucidada, com isolamento de uma cepa de SIV que infecta o primata sooty mangabeys (SIVsm), macaco verde africano (PAPATHANASOPOULOS et al, 2003).

Quanto à origem do HIV-1, a definição de sua procedência foi mais trabalhosa aos estudiosos. O único ponto-chave de consenso era o local de origem da epidemia da Aids: Oeste da África Equatorial ou África Central, tendo em vista ser a região onde foi encontrada a maior diversidade de variantes do vírus, como também ser o local onde a primeira amostra do HIV-1 foi colhida em 1959 no antigo Zaire, atual República Democrática do Congo. Tais achados sugeriram que o HIV-1 foi introduzido em humanos no final da década de 40 (VIDAL et al., 2000).

Finalmente confirmado na década de 90, com a identificação do retrovírus de Chipanzés (*Pantroglodytes troglodytes*) SIVcpz, onde observou-se a mesma estrutura genômica, quando comparado com variantes do HIV-1. A infecção do SIV em Chimpazés não é evento incomum, sendo a doença assintomática em algumas espécies, enquanto que outras desenvolvem formas similares à infecção em humanos. Outra forte associação foi a observação que Chipanzés compartilham a mesma região da África Equatorial e sua carne é apreciada como alimento na região, o que evidencia a oportunidade do SIV ter infectado a espécie humana no momento do abate, preparo ou ingestão da carne (HAHN et al., 2000)

Na espécie humana a transmissão do HIV ocorreu repetidamente com o passar dos anos, mas foram determinantes para tal, as mudanças sociais, comportamentais e econômicas, devem ter sido essas que forneceram as circunstâncias ideais permitindo que o vírus se propagasse, e se disseminasse entre seres humanos ao ponto de alcançar proporções epidêmicas (JAWETZ; MELNICK; ALDELBERGS, 2007).

3.2 HIV, MECANISMO DE AÇÃO E A HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

O HIV pertence à família Retroviridae, gênero Lentivírus (ICTV, 2013). Possui aproximadamente 100nm a 120nm de diâmetro, sendo formado externamente por um envelope composto por lipídios proveniente da membrana externa da célula do hospedeiro e duas glicoproteínas denominadas gp 41 e gp 120. Internamente encontra-se a proteína matriz p17, o capsídeo composto pela proteína p24 e o nucleocapsídeo formado pelas proteínas p7/p9 envolvendo o genoma e as três enzimas virais (protease, transcriptase reversa e integrase (BARRE-SINOUSSE, 1996; DE GOEDE et al., 2014).

O genoma do HIV é formado por duas cópias idênticas de moléculas de RNA de fita simples, com aproximadamente 9,8 kilobases. Possui três genes estruturais (Gag, Pol e Env); dois genes regulatórios (Tat e Rev); e quatro genes acessórios (Vif, Vpr, Vpu e Nef) que codificam as 15 proteínas virais (DE GOEDE et al., 2014).

A infecção pelo HIV inicia-se com a entrada do vírus na célula, por meio de interações específicas, ou seja, da ligação entre as glicoproteínas do envelope viral (gp 120) ao receptor primário, CD4, presente em linfócitos T-4, macrófagos e células dendríticas. A primeira etapa ocorre com a ligação da gp 120 ao receptor CD4. Essa interação modifica a conformação da gp 120, capacitando-a a ligar-se aos co-receptores quimiocinas CCR5 ou CXCR4. A seguir, a ligação da gp 120 ao CD4 e co-receptor, a gp41 se insere na membrana do hospedeiro, promovendo a fusão do envelope viral com a membrana plasmática da célula. Após a fusão, o vírus é internalizado como uma nucleoproteína enzimaticamente ativa e seu conteúdo liberado no citoplasma, onde o RNA genômico, por ação da transcriptase reversa, é transcrito em DNA complementar (cDNA), e transportado ao núcleo celular. No núcleo, o cDNA de fita dupla é integrado ao genoma da célula hospedeira pela enzima integrase. Uma vez que a célula é ativada, o DNA próviral é transcrito em RNA mensageiro (RNAm), que por sua vez é traduzido formando as proteínas virais, que originarão no citoplasma celular novas partículas virais infecciosas (SCHAECHTER et al., 2009; DE GOEDE et al., 2014; FANALES-BELASIO et al., 2010).

O HIV-1 tem como principal característica apresentar um alto grau de diversidade de sequências genéticas, especialmente por consequência das altas taxas de erros de transcrição da transcriptase reversa e da replicação viral que, atingindo uma frequência de mais de 300 ciclos por ano, dão origem às inúmeras mutações. Essa intensa mutabilidade do vírus afeta não só a interação com a célula hospedeira, mas também os genes que codificam as enzimas: transcriptase reversa, protease e integrase. A análise de sequências conhecidas do HIV-1 permitiu classificá-lo em três grupos distintos denominados M, O e N. O grupo M (major) envolve a maioria das infecções em todo o mundo e é composto por nove subtipos filogeneticamente distintos, denominados A, B, C, D, F, G, H, J e K, cujas sequências de genes diferenciam entre si em cerca de 20%. O subtipo C é o mais prevalente, sobretudo na Índia, enquanto o subtipo B é o mais difundido em todos os continentes. Foram descritas 43 formas recombinantes circulantes (CRF) que são responsáveis por 18% do total das infecções. O CRF BF surgiu na América do Sul, tendo como origem o subtipo F da África. No Brasil, predominam os Subtipos B, C, D e F e os CRF: BF, BD e BC12 (MORGADO et al., 1998; BUONAGURO L.; TORNESELLO; BUONAGURO, F.M, 2007; TAYLOR et al., 2008; SANTOS et al., 2009).

Isolados do HIV são classificados considerando sua habilidade em usar o co-receptor CCR5 (variantes R5), co-receptor CXCR4 (variantes X4) ou ambos (variantes R5X4). Na infecção aguda o vírus é uma variante não indutor de sincício com tropismo para receptores CCR5. Variantes R5

replicam mais lentamente, e igualmente em monócitos e linfócitos. Nos estágios mais avançados, o vírus muda para um variante indutor de sincício com tropismo para receptores CXCR4. Vírus indutores de sincício crescem mais rapidamente in vitro do que os não indutores e tem tropismo apenas para células T. Esta mudança prenuncia queda de linfócitos T CD4 e rápida progressão da doença para Aids (MANAVI, 2006)

As infecções pelos lentivírus evoluem, caracteristicamente, por um período longo, assintomático, tradicionalmente dito “de latência”, ainda que tal apresentação clínica não traduza precisamente o que se passa ao nível celular: uma replicação viral persistente, afetando todo o organismo especialmente, o sistema imunológico e o sistema nervoso central (SOUSA, 2007).

A patogênese da infecção pelo HIV e a progressão para a Aids é determinada pela interação do retrovírus com os componentes do sistema imunológico. O HIV tem como alvo preferencial dois grupos de células: linfócitos CD4+/linfócitos T auxiliares e monócitos/macrófagos. Normalmente, numa pessoa infectada com o HIV, o vírus destrói os linfócitos CD4+ e os macrófagos atuam como reservatórios, transportando o HIV para outros órgãos vitais. A ação de destruição celular do HIV atinge, assim, o sistema imunológico, os linfócitos T auxiliares e indutores. A partir de então, em estágios avançados da infecção, o paciente torna-se susceptível às doenças oportunistas e tumorais, caracterizando o quadro de instalação da Aids (HOFFMANN; ROCKSTROH; KAMPS, 2007; RUBBERT; BEHRENS; OSTROWSKI, 2006).

O principal dano causado pela infecção por HIV é a destruição progressiva do sistema imune celular, levando à imunossupressão e tornando a pessoa infectada mais suscetível a adquirir outras doenças infecciosas ou oportunistas. O organismo, na tentativa de combater a infecção do HIV, produz em torno de 10 bilhões de novos linfócitos por dia, entretanto, também 10 bilhões de novas cópias de HIV são produzidas. Essa batalha entre replicação viral e resposta imune ocorre por muitos anos até que os danos ao sistema imune se tornem irreparáveis (KUMMERLE; EARLYWTNE, 1996).

A infecção pelo HIV cursa com amplo espectro de apresentações clínicas, podendo ser dividida em quatro fases, a saber: fase aguda, fase assintomática ou de latência, fase sintomática inicial ou precoce e Aids que é a última e mais avançada fase da doença (VALENTE et al., 2005; LANGFORD; ANANWORANICH; COOPER, 2007; LAZZAROTTO et al., 2010). Apesar da existência de uma grande variação individual, normalmente em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da Aids esteja em torno de dez anos (SCHAECHTER et al., 2009).

A infecção aguda é definida como as primeiras semanas da infecção pelo HIV, até o aparecimento dos anticorpos anti-hiv (soroconversão) que costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção. Nessa fase, bilhões de partículas virais são produzidas diariamente, caracteriza-se tanto por viremia plasmática elevada quanto por resposta imune intensa. O indivíduo torna-se altamente infectante, ocorrendo um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome

Retroviral Aguda (SRA). Geralmente 50 a 90% dos indivíduos infectados apresentam a SRA. O quadro clínico tem duração entre uma e quatro semanas, assemelha-se aos sintomas de uma gripe comum. Pacientes com sintomas severos nessa fase evoluem mais rapidamente para a Aids (HOFFMANN; ROCKSTROH; KAMPS, 2007; LANGFORD; ANANWORANICH; COOPER, 2007).

Os pacientes podem apresentar, na fase aguda, sintomas de infecção viral, como: febre, astenia, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, dor retroarticular; linfadenopatia, rash cutâneo maculopapular eritematoso; ulcerações mucocutâneas, envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália; adinamia, cefaléia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos. Alguns pacientes ainda podem apresentar candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré. Os achados laboratoriais inespecíficos são transitórios e incluem: linfopenia seguida de linfocitose; presença de linfócitos atípicos; plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas. Os sintomas duram, em média, 14 dias, sendo o quadro clínico autolimitado (HINRICHSEN, 2005).

A janela imunológica caracteriza-se como o tempo compreendido entre a exposição com aquisição da infecção e a soroconversão, ou seja, tempo decorrido para que a sorologia anti-HIV se torne positiva, geralmente de 6 a 12 semanas após a aquisição do vírus, com o período médio de aproximadamente dois meses. Seguindo a soroconversão, há queda expressiva na quantidade de vírus no plasma, ocasionada pela recuperação parcial dos linfócitos T-CD4+ no sangue periférico. Nessa fase, observa-se o sequestro das partículas virais e das células infectadas (linfócitos T-CD4+) pelos órgãos linfóides responsáveis pela imunidade, particularmente os linfonodos. Após a resolução da fase aguda, ocorre a fase de latência com estabilização da viremia em níveis variáveis. A queda progressiva da contagem de linfócitos T-CD4+ está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a Aids (PARHAM, 2000; ROBBINS, 2001; VALENTE et al., 2005).

Na fase assintomática ou período de latência, o estado clínico básico é mínimo ou inexistente. Alguns pacientes podem apresentar uma linfadenopatia generalizada persistente, “flutuante” e indolor. Durante esse período de latência, embora os sintomas não apareçam, ocorre replicação do vírus, provocando o fenômeno mais característico da síndrome, que é a diminuição progressiva dos níveis de linfócitos T-CD4+, acompanhada de modificações nos valores dos demais linfócitos (CD8 e CD3). Esta é uma fase que pode durar muitos anos, dependendo do nível de exposição e do sistema imunológico do indivíduo (KUCHENBECKER; FERREIRA; BARCELLOS, 2004; LANGFORD; ANANWORANICH; COOPER, 2007; SCHAECHTER et al., 2009).

Em seguida, tem-se a fase sintomática inicial (ou precoce). No entanto, a contagem de linfócitos T-CD4+ ainda permanece acima de 350 células/mm³. Os episódios infecciosos mais frequentes são geralmente bacterianos, como as infecções respiratórias ou mesmo tuberculose, incluindo a forma pulmonar cavitária. Com a progressão, são observadas apresentações atípicas das infecções, resposta tardia à antibioticoterapia e/ou reativação de infecções antigas como, por exemplo, a tuberculose ou

neurotoxoplasmose. À medida que a infecção progride, podem ocorrer sintomas constitucionais como febre baixa, sudorese noturna, fadiga, diarreia crônica, cefaléia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquites) e lesões orais, como a leucoplasia oral pilosa. Nesse período é possível encontrar diminuição na contagem de linfócitos T-CD4+, entre 200 e 300 células/mm³ (LANGFORD; ANANWORANICH; COOPER, 2007; SCHAECHTER et al., 2009; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014c).

A candidíase oral é um marcador clínico precoce da imunodepressão grave e tem sido associada ao subsequente desenvolvimento de pneumonia por *P. jirovecii*. Diarreia crônica e febre de origem indeterminada, bem como leucoplasia oral pilosa são preditores característicos de evolução para a Aids. Outros sintomas inespecíficos também podem ocorrer, caracterizados por processos infecciosos oportunistas de pequena gravidade e neoplasias, principalmente na pele e mucosas. Alterações como: gengivite, úlceras aftosas, odinofagia, anorexia, debilitação do estado geral, emagrecimento, astenia, febre prolongada, diarreia (*Salmonella sp*, *Shigella sp*, *Campylobacter sp*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides Stercoralis*, Adenovírus, Astrovírus, Rotavírus); sinusopatias (*Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e fungos); herpes simples recorrente (vírus herpes simples e herpes zoster), dor radicular intensa, rash localizado ou segmentar, maculopápulas dolorosas, vesículas com conteúdo infectante, crostas, disseminação cutânea extensa (VALENTE et al., 2005; HOFFMANN; ROCKSTROH; KAMPS, 2007).

A evolução da infecção pelo HIV leva ao aparecimento da Aids, com sintomas bem mais graves do que na fase aguda e caracteriza-se por infecções oportunistas graves e neoplasias. Uma vez instalada a Aids, apresentam-se os sinais e sintomas de processos oportunistas, representados principalmente pelas seguintes doenças oportunistas (pneumonias, toxoplasmose do sistema nervoso central, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica, retinite por citomegalovírus e enterites); neoplasias mais comuns (sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin e o câncer de colo uterino); alterações neurológicas induzidas pelo HIV. Nessas situações, a contagem de linfócitos T-CD4+ está, na maioria das vezes, abaixo de 200 células/mm³. Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por danos direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia, e neuropatias que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV (DAAR et al., 2001; KUCHENBECKER; FERREIRA; BARCELLOS, 2004; LANGFORD; ANANWORANICH; COOPER, 2007; SCHAECHTER et al., 2009).

Devido à disfunção imunológica causada pelo HIV, tem-se a abertura para o desenvolvimento de diferentes infecções oportunistas e neoplasias. Doenças oportunistas são, portanto, as que se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunológica do hospedeiro. O controle da síndrome

Aids pode ser realizado através de medicamentos antiretrovirais, que além de proporcionar qualidade de vida ao paciente, possui contribuição na prevenção da infecção pelo HIV e principalmente no controle da evolução da doença (HOFFMANN; ROCKSTROH; KAMPS, 2007; ROSSETTI; SILVA; RODRIGUES, 2006).

3.3 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV E A VIGILÂNCIA DO HIV/AIDS NO BRASIL

Para a detecção do HIV existem diversas metodologias, os testes podem ser divididos, basicamente, em quatro grupos: testes de detecção de anticorpos; testes de detecção de antígenos; testes de amplificação do genoma do vírus; e técnicas de cultura viral. Rotineiramente as técnicas mais usadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV são as baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus. Essas técnicas apresentam excelentes resultados e são menos dispendiosas. As outras três técnicas detectam diretamente o vírus, ou suas partículas, e são utilizadas em situações específicas, tais como: esclarecimento de exames sorológicos indeterminados, acompanhamento laboratorial de pacientes e mensuração da carga viral para controle de tratamento (BUTTO et al., 2010; COHEN et al., 2010).

Os testes de detecção do HIV são ainda classificados como imunoenaios de triagem (IE) e ensaios confirmatórios, o primeiro se caracteriza por ser mais sensível e o segundo por ser mais específico. Após a descoberta do HIV foram desenvolvidos imunoenaios para o diagnóstico da infecção, o primeiro disponibilizado foi em 1985. Atualmente já existem quatro gerações de IE, cada nova geração com características de aprimoramento da sensibilidade e diminuição de tempo para detecção de soroconversão (STYER; SULLIVAN; PARKER, 2011; BRASIL, 2013b). No Brasil, os testes de triagem mais comumente utilizados são os ensaios imuno-enzimáticos (ELISA), enquanto que os ensaios confirmatórios são: Imunofluorescência indireta, Imunoblot e Western blot (BRASIL 2013b).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, os testes para a detecção da infecção pelo HIV são principalmente empregados em três situações: para triagem sorológica do sangue doado e garantia da segurança do sangue, hemoderivados e órgãos para transplante; para os estudos de vigilância epidemiológica; e para realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV. Desde o início da epidemia o diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado com pelo menos dois testes, um para triagem e um segundo, mais específico, para confirmar o resultado. A combinação mais utilizada, denominada padrão-ouro era realizada por meio de um IE de triagem seguido pelo Western blot, como teste confirmatório. (BRASIL, 2013b).

No Brasil, emprega-se na maioria das situações o fluxograma de uso dos testes em série. O resultado não reagente é liberado com base em um único teste, entretanto, caso persista a suspeita, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data de realização da primeira. O resultado reagente sempre é confirmado com um segundo teste diferente, ou seja, dois testes reagentes são utilizados para

o diagnóstico da infecção. Em suma, o primeiro teste deve sempre ser o mais sensível seguido de um segundo mais específico. No caso de resultados discordantes, os testes devem ser repetidos, e, permanecendo a discordância, o indivíduo deve ser testado em data posterior para confirmar ou descartar a soroconversão recente (BRASIL, 2013b).

Tem-se intensificado a utilização do teste rápido para o diagnóstico do HIV devido ser imunoenensaio simples para detecção de anticorpos anti-HIV, podendo ser usado em ambientes não laboratoriais por pessoal capacitado. A finalização de sua metodologia ocorre em até 30 minutos. No Brasil, os testes rápidos estabelecidos pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – DDAHV possuem desempenho satisfatório para diagnóstico, com especificidade clínica maior que 99% e sensibilidade clínica maior que 99,5%. Pode ser realizado com fluido oral, soro, plasma ou sangue total, o que permite amostras obtidas por punção digital. Essa estratégia possibilita ampliar o diagnóstico precoce e são recomendados para testagens presenciais prioritariamente nas situações: serviços de saúde em regiões de difícil acesso, segmentos populacionais mais vulneráveis e/ou flutuantes, acidentes biológicos ocupacionais, gestantes no pré-natal, pessoas em situação de violência sexual, entre outras ocasiões e situações especiais definidas pelo Ministério da Saúde (FERREIRA et al., 2005; BRASIL, 2013b).

Atualmente, destaca-se, com o aperfeiçoamento dos ensaios de laboratório e a consequente elevação de sensibilidade dos testes, o surgimento de ensaios que permitem a utilização de outros fluidos corporais, como exemplo, o fluido oral, mais uma alternativa para a ampliação do diagnóstico (PAVIE et al., 2010). O Ministério da Saúde definiu cinco tipos de fluxogramas disponíveis para diagnóstico da infecção pelo HIV, aumentando o leque de alternativas nas diferentes configurações de testes existentes e perfis de pacientes. São eles: 1- Dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostra de sangue; 2 – Um teste rápido com fluido oral (TR-FO) seguido por um teste rápido com sangue; 3 – Triagem com imunoenensaio de 4ª geração e Teste Molecular confirmatório; 4 – Triagem com Imunoenensaio de 3ª geração e Teste Molecular confirmatório e 5 – Triagem com Imunoenensaio de 3ª geração e Western blot, Immunoblot ou Immunoblot Rápido como confirmatório (BRASIL, 2013b).

O Centers for Disease Control (CDC) recomenda que o teste para diagnóstico do HIV seja empregado como rotina em todos os estabelecimentos de assistência à saúde, respeitando-se a opção do paciente de se recusar ser testado. O teste anti-HIV deve ser ofertado a todos os pacientes com idade de 13 a 64 anos. A orientação é que os profissionais de saúde devem iniciar o rastreio, a menos que a prevalência local da infecção pelo HIV documentada seja menor que 1%. Na ausência de dados existentes sobre a prevalência do HIV, justifica os profissionais de saúde iniciem o rastreio de forma voluntária (CDC, 2006).

Segundo o CDC, são situações prioritárias para rastreio do HIV: todos os pacientes que iniciam tratamento para tuberculose, todos os pacientes com diagnóstico de DST, todas as pessoas susceptíveis de ser de alto risco para o HIV, pelo menos anualmente. Cita ainda as populações vulneráveis: usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais, profissionais do sexo, parceiros sexuais de pessoas infectadas pelo HIV, HSH, ou pessoas heterossexuais cujos parceiros sexuais tiveram mais de um parceiro sexual desde o último teste realizado de HIV. Reitera que a testagem deve ser realizada de forma voluntária e realizada apenas com o consentimento do paciente, mediante aconselhamento sobre os significados dos possíveis resultados, como também, cedida a oportunidade para que o mesmo possa fazer perguntas sobre suas dúvidas e decidir sobre a realização ou não do teste (CDC, 2006).

A UNAIDS (2013) aponta que mais de uma em cada três pessoas vivendo com HIV não conhecem seu status sorológico, perdendo a oportunidade de proteger sua própria saúde e a de outras pessoas. Nos Estados Unidos, aproximadamente 14% das pessoas que vivem com o HIV desconhecem seu status sorológico, 32% das pessoas diagnosticadas com HIV em 2009 evoluíram para Aids dentro de um ano, levando a crer que podem ter se passados até 10 anos para que os infectados tivessem acesso ao diagnóstico e conseqüentemente ao tratamento.

Observa-se que a testagem para o HIV possibilita o diagnóstico precoce e vem se efetivando como temática principal em campanhas mundial e nacional de prevenção. A ampliação do acesso ao teste vem se destacando como compromisso político dentre as principais metas de controle da epidemia de Aids (UNAIDS, 2013).

O monitoramento, para avaliação dos serviços de saúde quanto à oferta do diagnóstico à população, é realizado pelo acompanhamento da proporção de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) virgens de tratamento, que chegam ao serviço de saúde com comprometimentos imunológicos, estes últimos, medidos pelo valor do CD4. No Brasil, com relação à evolução desse indicador, observa-se declínio na proporção de PVHA chegando ao serviço com valor de CD4 inferior a 200 células/mm³, que passou de 31%, em 2009, para 26%, até outubro de 2014 e aumento da proporção de PVHA que iniciaram tratamento com CD4 superior a 500 células/mm³. No entanto, ao analisar o referido indicador por Estados, observa-se que as maiores proporções de PVHA virgens de tratamento, com valor do primeiro CD4 inferior a 200 células/mm³, encontram-se no Maranhão (36%), Roraima (35%), Piauí (34%), Goiás (33%) e Ceará (32%). Por outro lado, as menores proporções de diagnóstico tardio foram encontradas entre os residentes no Rio Grande do Sul (26%), em Mato Grosso (23%), em São Paulo (22%), no Espírito Santo (22%) e em Santa Catarina (21%) (BRASIL, 2014d).

Um marco importante no processo de vigilância da Aids no Brasil ocorreu em 1986, data em que passou a ser de notificação compulsória, conforme Portaria Ministerial nº 542/86. Desde 1982, primeiro caso reconhecido como Aids, até 1986, data de criação do programa federal de controle da Aids pelo Ministério da Saúde, já havia registro de 2.775 casos, destes, 76 mulheres e 916 óbitos pela

doença. Atualmente, a vigilância epidemiológica da Aids, além de se basear em informações fornecidas pela notificação de casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e pelos registros de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), possui ainda dois sistemas particulares: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) (BRASIL, 2014e).

As informações do SINAN são provenientes das notificações de casos confirmados pela definição de casos de Aids adotada no país. O sistema contém informações epidemiológicas que têm sido utilizadas para caracterizar a dinâmica da epidemia e para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença. O SIM tem como objetivo principal fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país, com informações sobre o óbito, causa básica, data, local e município de ocorrência, assim como perfil sociodemográfico e econômico do indivíduo que faleceu. O SISCEL tem o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais da contagem de TCD4/CD8 e quantificação da carga viral para avaliação e monitoramento de pacientes em terapia antirretroviral. E o SICLOM possui o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais e informações para controle dos estoques e da distribuição dos mesmos (BRASIL, 2014e).

O ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais disponibiliza ao público o boletim epidemiológico – Aids e DST, contendo análise dos dados de Aids, seguindo algoritmo de relacionamento de banco de dados, sendo elaborado a partir dos casos notificados no SINAN, acrescidos dos dados registrados no SISCEL e SIM, fundamentado na técnica de relacionamento probabilístico. O SICLOM é utilizado para validação das informações contidas no SISCEL, quando do relacionamento deste com o SIM. A base de dados resultante do relacionamento do SISCEL com o SIM é, posteriormente, relacionada com o SINAN para compor o banco relacionado (BRASIL, 2014e).

Importante atualização ocorreu com a portaria GM/MS nº 1271, de 06 de junho de 2014, que incluiu a infecção por HIV na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, dessa forma, os profissionais de saúde dos serviços públicos e privados devem notificar os casos diagnosticados da infecção por HIV e realizar registro no SINAN. Anteriormente a obrigatoriedade era restrita aos casos em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus. A notificação da infecção pelo HIV segue os mesmos critérios de sigilo da notificação da Aids. Os profissionais de saúde continuam a notificar todos os casos de Aids em adultos e crianças, mesmo que já notificados anteriormente como infecção pelo HIV (BRASIL, 2014e).

Para o aprimoramento do processo de vigilância, espera-se a intensificação da notificação de casos de infecção pelo HIV, a fim de melhor subsidiar ações que visem intervenções eficazes para prevenir a transmissão do HIV e reduzir a morbimortalidade, bem como subsidiar os gestores para a

tomada de decisões baseadas em evidências e possibilitando adequações no planejamento das ações de controle da epidemia. Assim, conforme as mais recentes recomendações técnicas, a vigilância do HIV/Aids no Brasil se dará de forma longitudinal, especificamente em três momentos: na notificação do caso de HIV; na evolução para infecção avançada Aids; e quando óbito (BRASIL, 2014d).

3.4 TRATAMENTO DO HIV/AIDS

Os antirretrovirais são medicamentos que bloqueiam determinadas etapas da replicação viral ou da entrada do HIV nos linfócitos CD4. Existem classes de fármacos que atuam conforme o mecanismo de ação, os que bloqueiam a replicação viral: inibidores de transcriptase reversa nucleosídeos, inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos, inibidores de protease e inibidores de integrase. E os que bloqueiam a entrada do HIV nos linfócitos CD4: inibidores de fusão e inibidores de co-receptor de quimiocinas (CCR5). A terapia antiretroviral (TARV) pode ser feita de forma combinada, quando o tratamento anti-retroviral é feito com associação de pelo menos três drogas da mesma classe farmacológica ou de classes diferentes (MARCELIN et al., 2009; ZDANOWICZ, 2006).

As estratégias para intervenção farmacológica foram introduzidas decorridos cinco anos após a descoberta do HIV, com aprovação do fármaco Zidovudina (AZT) para tratamento da Aids, pela Food and Drug Administration – FDA nos Estados Unidos. Os regimes terapêuticos perduraram como monoterapia até 1991, ano também da liberação da didanosina (DDI). Posteriormente, novos fármacos foram aprovados e o esquema terapêutico passou a se constituir na associação de dois compostos. Em 1995, houve a aprovação do Saquinavir, primeiro composto inibidor da protease viral, onde deu-se início à Terapia antiretroviral altamente potente (HAART), consistindo na administração de pelo menos três agentes farmacológicos, sendo dois inibidores da transcriptase reversa e um inibidor de protease, constituindo-se em um dos marcos mais importantes da epidemia da Aids (ZDANOWICZ, 2006; FERNANDES et al., 2009)

Mundialmente, e no mesmo período, nacionalmente, os resultados mostraram-se exitosos a partir da adoção da HAART, com combinação dos inibidores de protease e da transcriptase reversa, de forma a ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática para níveis indetectáveis. É indiscutível o fato de que a HAART, embora não represente a cura, permite tornar mais lento o curso da doença, ao passo que prolonga e promove uma melhor qualidade de vida ao paciente (COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008). A TARV vem sendo aprimorada desde o advento da terapia de combinação potente em 1996 e cada vez mais novas drogas se inserem e integram o conjunto de fármacos disponíveis no mercado, oferecendo novos mecanismos de ação, melhores na potência e atividade, mesmo contra vírus multirresistentes. A TARV embora não possibilitando a cura, reduz drasticamente a morbidade e mortalidade e transformou a Aids em uma condição crônica,

administrável. Além disso, o tratamento eficaz em PVHA mostra-se altamente eficaz na prevenção da transmissão do HIV (OARAC, 2014).

No Brasil, o acesso universal e gratuito à TARV, foi efetivado em 1996, ano da publicação da Lei 9.313, que garante o acesso ao tratamento a todas as pessoas que vivem com HIV/Aids, o que causou importante impacto na morbimortalidade por aids, com aumento da sobrevida de PVHA. O tempo médio de sobrevida de pacientes após o diagnóstico de aids sofreu alterações no decorrer do tempo e tem sido diretamente associada à ela. Estudos revelam que, na década de 80 e início dos anos 90, a média de sobrevida dos pacientes era de cinco meses. Em pacientes diagnosticados em 1995 e em 1996, a média de sobrevida aumentou para 18 e para 58 meses, respectivamente. Em 2002, foi descrita uma média de sete anos na sobrevida das PVHA (CHEQUER et al., 1992; MARINS et al., 2003; MATIDA et al., 2008; FAZITO-REZENDE; VASCONCELOS; PEREIRA, 2010).

O Brasil é um país que se destaca no cenário internacional por sua resposta à Aids, tanto pelas ações realizadas em âmbito nacional, quanto por sua cooperação com outros países em desenvolvimento (UNAIDS, 2013). Para o HIV/Aids em adultos no Brasil, existem três linhas de tratamento, cada uma composta por esquemas e alternativas que se adequam ao quadro clínico do paciente, que variam de recomendações iniciais à terapia de resgate em falha terapêutica, para a escolha do esquema, ajuste de dose e/ou avaliação do prognóstico, o profissional leva em conta avaliação da quantificação plasmática da carga viral, a contagem dos linfócitos CD4+, teste de genotipagem para identificação de resistência, a sintomatologia, intolerância e toxicidade medicamentosa, a presença de comorbidades e outras situações e manifestações clínicas. As recomendações são revisadas e atualizadas à medida que novos medicamentos são registrados no país ou que evidências demonstrem necessidade de mudança ou readequação (BRASIL, 2013a).

Em dezembro de 2013, o Brasil deu outro passo inovador e de vanguarda para a resposta à epidemia do HIV/Aids: tornou-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4, considerando a motivação do paciente (BRASIL, 2013a). A implementação do tratamento em pessoas infectadas com o HIV, mesmo que não caracterize o quadro de Aids, ou seja, utilizado como prevenção, tem sido reconhecida como uma das mais importantes medidas de saúde pública para o controle da transmissão do HIV (COHEN et al., 2011; MONTANER et al., 2010).

É unânime que a introdução da terapia antirretroviral deu às PVHA uma nova perspectiva, modificando o curso da doença e trazendo uma melhoria significativa na qualidade de vida. Porém, mutações resistentes aos antirretrovirais vêm sendo relatadas para todos os compostos usados e até mesmo antes do início da terapia, linhagens resistentes podem estar presentes, denominada resistência primária (DEEKS et al., 2005). Vários fatores podem contribuir para falha dos antirretrovirais, tais como: baixa adesão ao tratamento, potência virológica insuficiente, fatores farmacológicos e

resistência viral, podendo ser inclusive por consequência da falha terapêutica (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; TEIXEIRA; SILVA, 2008; MARTINS, S.; MARTINS, T., 2011).

A não adesão ou a adesão inadequada são as principais causas para a falha do tratamento, pois, o uso dos medicamentos irregularmente ou em doses inadequadas aceleram o processo de seleção de cepas virais resistentes, ameaçando a efetividade do tratamento no plano individual e levando a disseminação do vírus de resistência, no plano coletivo. A não adesão é apontada pela literatura como um evento dinâmico e multifatorial, determinado por diversos fatores, que podem ser agrupados em: fatores relacionados à pessoa sob tratamento, à doença, ao tratamento, aos serviços de saúde e ao suporte social (PASCHOAL, 2014). Daí a importância de que o paciente tenha conhecimento de todo o contexto que envolve o HIV/Aids, com entendimento sobre o objetivo da TARV, os efeitos adversos a curto, médio e longo prazo e participe com autonomia da decisão de iniciá-la. Nesse momento, a atuação de uma equipe de saúde multidisciplinar qualificada faz toda a diferença.

Atualmente, apesar de o aumento no acesso à TARV em âmbito mundial ser 40 vezes maior em relação a 2002, mais de sete milhões de pessoas ainda precisam ter acesso ao tratamento, e são impedidas de alcançá-lo, principalmente devido à pobreza, à falta de disponibilidade, ao estigma, à discriminação, à ignorância e à falta ou deficiência de políticas e leis punitivas ou coercitivas. Em 2013, apenas 34% das pessoas que necessitavam do tratamento é que tiveram acesso ao mesmo, ainda assim, representaram mais 2.3 milhões de pessoas com acesso aos medicamentos, elevando o número global de indivíduos recebendo TARV para cerca de 13 milhões. Análises demonstram que, para cada aumento de 10% na cobertura de tratamento, há uma redução de 1% em novas infecções pelo HIV. (UNAIDS, 2013; UNAIDS, 2014).

No Brasil, em 2013, estimou-se que 734 mil pessoas vivam com o HIV/aids, das quais 80% (589 mil) já haviam sido diagnosticadas. Aproximadamente dois terços (537 mil) das PVHA estavam vinculadas a algum serviço de saúde e 448 mil (61%) continuaram retidas no serviço. Das 355 mil PVHA que estavam em TARV, em 2013, 293 mil apresentaram supressão da carga viral (CV), com valor inferior a 1.000 cópias/mL, e 255 mil possuíam carga viral indetectável (inferior a 50 cópias/mL). No que se refere à ampliação e estímulo para início da TARV, tem-se que de 2013 até outubro de 2014, respectivamente, 49.366 e 59.680 PVHA iniciaram a TARV. A região Nordeste, até outubro de 2014, registrou 11.683 PVHA em tratamento. O Piauí, no mesmo período, registrou um total de 509, ocupando a penúltima posição no ranking do Nordeste no acesso de PVHA em início de TARV (BRASIL, 2014d)

Com vistas a um futuro promissor no controle da epidemia do HIV/Aids, países comprometeram-se, em 2011, na Declaração Política sobre HIV/Aids das Nações Unidas, intensificar esforços para alcançar objetivos ambiciosos em 2015. Entre as metas, consta disponibilizar a terapia antirretroviral para 15 milhões de pessoas, garantindo que nenhuma pessoa tenha o acesso negado ao

tratamento, independentemente de sua idade, localização ou status social, financeiro ou legal (UNAIDS, 2014). O Brasil firmou compromisso de até 2020, alcançar: 90% de PVHA com conhecimento do seu estado sorológico; 90% das pessoas infectadas com HIV em tratamento; 90% das pessoas em tratamento com carga viral indetectável. Dessa forma, espera-se que com ampliação da testagem possibilitando o diagnóstico precoce, um grande volume de PVHA possa se beneficiar do início precoce da TARV, na perspectiva da melhoria da qualidade de vida individual e da redução da transmissão do HIV no país (BRASIL, 2014d).

3.5 O CONTEXTO DO AMBIENTE PRISIONAL NO BRASIL E NO MUNDO E A INTERFACE COM A SAÚDE NO ÂMBITO DO HIV/AIDS.

Segundo a nona edição do World List Prison, mais de 10,1 milhões de pessoas são mantidas em instituições prisionais em todo o mundo; e quase metade delas estão nos Estados Unidos, China e Rússia. A população mundial, em 2010, foi estimada em 6,9 bilhões, o que produz uma taxa da população carcerária mundial de 146 por 100.000 habitantes. As populações prisionais estão crescendo em todos os cinco continentes, subiram em 71% nos países da África, 82% na Américas, 80% na Ásia, 74% na Europa e 80% na Oceania (WALMSLEY, 2011). Em escala global a população prisional está crescendo rapidamente, levando a uma situação de superlotação em prisões. A situação aumenta a vulnerabilidade à infecções como HIV, Tuberculose, Hepatites (UNAIDS, 2014).

De acordo com o Departamento de Penitenciária Nacional (DEPEN), o Brasil experimentou um aumento de sua população carcerária de 143% no período de 1995 a 2005, quando passou de 148.000 para 361.402 detentos em uma década, com taxa anual de crescimento em torno de 12% ao ano. Entre 2005 e 2009, o crescimento foi de 31,05%, com taxa de 7% ao ano. Em 2009, último ano disponibilizado pelo sistema para avaliação, os registros apontam a existência de 473.626 internos, caracterizando 243,35 presos por 100.000 mil habitantes no País. No mesmo ano, o Piauí tinha 2.591 presos, totalizando uma taxa da população carcerária de 82,38 por 100.000 mil habitantes (BRASIL, 2014f; BRASIL, 2008a).

Segundo relatório do Conselho Nacional de Justiça, referente ao ano 2014, sobre o diagnóstico de pessoas presas no País, a população carcerária do Brasil é de 563.526 presos, enquanto os estabelecimentos prisionais possuem capacidade para 357.219, representando um déficit de vagas de 206.307 (63,38% além da capacidade). No Estado do Piauí, em junho de 2014, havia em torno de 3.240 presos, todavia, capacidade para 2.760, ou seja, um déficit de 480 (85,18% além da capacidade), resultando em superlotação nas unidades prisionais. O Brasil possui a quarta maior população carcerária do mundo e está atrás apenas dos Estados Unidos (2.228.424), da China (1.701.344) e da Rússia (676.400) (BRASIL, 2014f).

A prisão tem dentre suas competências, a proteção da população de indivíduos que adotaram comportamentos/atitudes contrários às leis do país. Também compete ao sistema penitenciário viabilizar a reintegração social do egresso, que se faz por meio da educação, do trabalho e da saúde. A assistência à saúde figura como elemento que contribui para o retorno à convivência em sociedade.

Mundialmente, a saúde das pessoas presas é uma das mais deficientes entre todos os grupos populacionais específicos e as desigualdades aparentes representam um desafio para os sistemas de saúde. As altas taxas de encarceramento em muitos países, a superlotação e a prevalência desproporcional de problemas de saúde na prisão, denotam que a saúde prisional é um problema urgente de saúde pública (BERGH et al., 2011; NOKHODIAN et al., 2012).

A População Privada de Liberdade (PPL) tem o direito, sem discriminação, ao padrão de atenção à saúde equivalente ao que está disponível para a comunidade em geral, incluindo medidas preventivas. Esse princípio de equivalência é fundamental para a promoção dos direitos humanos e de boas práticas de saúde nos ambientes prisionais, sendo apoiado por diretrizes internacionais sobre saúde no sistema prisional e direitos da população privada de liberdade, bem como pela política e a legislação prisional nacional de muitos países (UNODC, 2007).

Historicamente, no Brasil, desde 1984, a lei de execução penal previa o atendimento em saúde de pessoas reclusas. Posteriormente, dois importantes marcos foram acrescentados à garantia do direito a saúde da PPL: a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 e a Lei nº8.080 em 1990, que instituiu o SUS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2005).

Entretanto, no sistema prisional brasileiro, a saúde obteve maior destaque a partir do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional — PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial da Saúde e Justiça nº 1.777 em 2003, que aponta como assistência prioritária as atividades de prevenção e promoção da saúde. O PNSSP foi pensado como estratégia para fazer chegar as políticas de saúde à população prisional. Dessa forma, tornou-se um marco na atenção à saúde da população reclusa, reunindo um conjunto de princípios, diretrizes, metas e ações para organizar a atenção à saúde, incluindo incentivo financeiro para a garantia de efetivação do mesmo (BRASIL, 2010).

O PNSSP prevê, dentre as ações de saúde que compõem o elenco mínimo de procedimentos, no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças no ambiente prisional, as relativas às DST/HIV/Aids. E essas, devem ser ofertadas de modo a garantir acesso ao aconselhamento, insumos de prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e qualidade de vida, amparadas no direito à saúde como um direito humano fundamental (BRASIL, 2010). Nesse sentido, em 2014, outro passo importante foi alcançado por meio da portaria nº 01 de 02 de janeiro de 2014 que 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), trazendo como objetivo geral a garantia do

acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS (BRASIL, 2014b).

Ainda sobre o PNSSP, é importante ressaltar que o mesmo, prevê para a assistência à saúde de pessoas presas em unidades prisionais com mais de 100 até 500 internos, equipe técnica mínima de profissionais da saúde, a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais, composta por: Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Psicólogo, Assistente social, Auxiliar de enfermagem e Auxiliar de consultório dentário. Reitera ainda que em presídios com menos de 100 presos, não necessitará de equipes de saúde exclusivas. O atendimento será realizado na própria unidade prisional por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a composição da equipe citada anteriormente, e com carga horária mínima de quatro horas semanais. O cuidado prestado à saúde deverá ser de forma articulada com redes assistenciais de saúde local. E têm como atribuições fundamentais: planejamento das ações; saúde, promoção e vigilância; e trabalho interdisciplinar em equipe (BRASIL, 2005).

No entanto, tem-se como dos maiores desafios, a capacidade de operacionalizar a PNAISP. Todos os estados do Brasil foram convidados a elaborar seus planos locais de Atenção à Saúde nos presídios, tomando por base os documentos legais existentes. No Estado do Piauí, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria da Justiça firmaram parceria na elaboração do Plano Operativo Estadual, que foi apresentado à Comissão Intergestora Bipartite – CIB (aprovado na Resolução nº 062 de 19 de Agosto de 2005) e ao Conselho Estadual de Saúde – CES (aprovado na Resolução Nº 029 de 26 de Agosto de 2005). Posteriormente, foi encaminhado ao Ministério da Saúde, sendo aprovado e qualificado por meio da Portaria nº 3.106, de 28 de dezembro de 2012. Atualmente aguarda-se decisão política e governamental para efetivação do mesmo (PIAÚÍ, 2013a).

No Brasil, apesar dos avanços em normativas que prevêm a garantia do direito à saúde e da implementação de esforços na tentativa de efetivá-los, a atual situação do ambiente prisional possui condições estruturais desfavoráveis para se efetivar a promoção da saúde e prevenção de doenças. Condições precárias de higiene, celas mal ventiladas e super populosas, compõem o cenário mais freqüente. Essa situação contribui para o agravamento da condição de saúde dessa população que, oriunda na maioria das vezes de comunidades desfavorecidas, já apresenta estado de saúde precário antes mesmo do encarceramento (DIUANA et al., 2008; GOIS et al., 2012; NICOLAU; PINHEIRO, 2012a).

Seguindo cenário nacional, a vida sob cárcere possui suas singularidades e muitas vezes o estilo de vida adotado na prisão é ditado pela própria situação estrutural precária e pelas relações interpessoais de convivência nos presídios. Os internos de presídios brasileiros geralmente são caracterizados pela marginalização e consumo de drogas, principalmente ilícitas, juntamente às

péssimas condições de confinamento, que resultam em elevada prevalência de doenças infecciosas e transmissíveis (ROSA et al., 2012).

Ademais, no que diz respeito ao contexto da infecção pelo HIV na PPL, tanto em cenário mundial como nacional, observam-se dificuldades no acesso aos dispositivos ofertados pelo governo para prevenção e ao conhecimento precoce do status sorológico. Pesquisa realizada com gestores de prisões dos Estados Unidos revelou que apenas 19% dos sistemas penitenciários ofereciam testagem para HIV conforme recomendado pelo CDC. Concluíram também que 88% ofertavam em determinadas circunstâncias pontuais e somente 58% realizavam testes de rotina (SOLOMON et al., 2014). No Brasil, as condições de confinamento, de assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas ao HIV/aids e a outras doenças (STRAZZA, 2006; ARAUJO; JONAS; PFRIMER, 2007).

O Centers for Disease Control and Prevention (2009) produziu um guia com recomendações voltadas exclusivamente para a testagem do HIV em ambiente prisional, por considerar medida importante para redução de novas infecções a cada ano. Um inquérito realizado em 2002 pelo Bureau of Justice Statistics (BJS), com presos encarcerados no sistema prisional dos Estados Unidos, informou que apenas 18,5% dos reclusos relataram ter realizado testagem para HIV, desde admissão. O CDC aponta que a oferta do teste trás benefícios à sociedade, considerando que a maioria das pessoas quando descobrem sua sorologia positiva reduz comportamentos de risco para prevenir a transmissão aos parceiros, como também, beneficia a própria PVHA, pois precocemente pode ter acesso aos benefícios disponíveis no processo da assistência. Aliado ao fato de possibilitar redução do estigma culturalmente associado ao teste.

O CDC aponta que o diagnóstico precoce do HIV é uma das principais estratégias de controle da infecção e recomenda a implantação da testagem para HIV como rotina no ambiente prisional. Considera ainda como critério de risco para triagem rotineira, os presos que nos últimos 12 meses assumirem características de: uso de drogas injetáveis (UDI); homens que fazem sexo com homens (HSH); ter múltiplos parceiros sexuais; ter diagnóstico de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST); mantido relação sexual desprotegida com parceiro sabidamente soropositivo e/ou usuário de drogas e/ou homossexual (CDC, 2009). Contudo, observa-se que as prisões de um modo geral não atendem plenamente à recomendação do CDC, ou o fazem de forma pontual, portanto, não efetiva, de modo que não permite monitoramento e vigilância da infecção na população privada de liberdade, para que haja impacto no controle da disseminação do HIV.

A testagem para o HIV pode ser adotada estrategicamente na admissão do interno ao presídio e se manter na rotina de acompanhamento e assistência à saúde dos internos, para tanto, o ambiente prisional deve se organizar a atender aos princípios básicos, orientados por protocolos clínicos, à oferta dessa atividade, quais sejam: ser oferecido de forma voluntária, nunca obrigatória, respeitando a

decisão do recluso, mediante consentimento livre e esclarecido através de aconselhamento pré e pós-teste que possibilite informações sobre todo o contexto do HIV/Aids no âmbito da prevenção, transmissão, tratamento, bem como as questões sociais de se viver positivamente com HIV e garantir continuidade da assistência aos casos soropositivos (CDC, 2009).

Em síntese, a saúde de internos prisionais em geral, é uma problemática latente e um campo aberto e amplo a ser explorado, sendo uma questão de saúde pública global, na qual a própria condição de confinamento dos detentos representa uma oportunidade singular para a implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população que, em geral, tem menos acesso aos serviços de atenção à saúde.

3.6 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV/AIDS E SUA PREVALÊNCIA NO AMBIENTE PRISIONAL

Após mais de três décadas, a Aids continua a ser um dos mais sérios desafios mundiais à saúde, com efeitos devastadores em famílias, comunidades e países. Ao mesmo tempo, a resposta à epidemia gerou um movimento global, que transformou a forma de se abordar questões de saúde e de desenvolvimento (UNAIDS, 2013). A adoção de estratégias que visam o controle da Aids é demandada, entre outros fatores, pelo perfil epidemiológico que a doença assume.

Desde o início da pandemia de Aids no mundo, mais de 78 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 39 milhões, desde então, morreram. O relatório global produzido pela UNAIDS, no final de 2013, estimou que 35 milhões de pessoas viviam com o HIV, 2,1 milhões foram infectadas pelo vírus e 1,5 milhão morreram de doenças relacionadas à Aids. Estima-se ainda que 19 milhões das 35 milhões de pessoas vivendo com HIV desconhecem seu status sorológico de positividade para o HIV (UNAIDS, 2014).

O maior número de pessoas vivendo com HIV encontra-se na África subsaariana: 24.7 milhões (23.5 milhões – 26.1 milhões), que se caracteriza como a região mais severamente afetada, com quase 1 em cada 20 adultos (4,9%) vivendo com HIV e contabilizando 69% das pessoas vivendo com HIV em todo o mundo. As mulheres respondem por 58% das pessoas vivendo com HIV nessa região. A Ásia e o Pacífico abrigam a segunda maior população de pessoas vivendo com HIV, em um número estimado de 4,8 milhões (4.1 – 5.5 milhões). A América Latina é a terceira região mais atingida pela epidemia de HIV/Aids, tendo crescido para 1,4 milhões (1,2 – 1,6 milhões), em 2009, comparado a 1,1 milhões (1,0 – 1,3 milhões), em 2001 (UNAIDS, 2014).

Relatório global revela que 15 países respondem por mais de 75% dos 2,1 milhões de novas infecções por HIV que ocorreram em 2013. Destaca que em todas as regiões do globo, a maior carga da epidemia recai sempre sobre três ou quatro países. Na África subsaariana, apenas três países: Nigéria, África do Sul e Uganda, respondem por 48% de todas as novas infecções por HIV. Entretanto,

a República Centro-Africana, a República Democrática do Congo, a Indonésia, a Nigéria, a Federação Russa e o Sudão do Sul estão enfrentando a ameaça tripla da alta carga de HIV, da baixa cobertura de tratamento e de nenhum ou pouco declínio no número de novas infecções. E conclui que, em todo o mundo, nos últimos três anos, as novas infecções caíram 13%. O Caribe é a região onde as novas infecções por HIV mais caíram: 40% desde 2005. Contudo, desde o mesmo ano, novas infecções aumentaram 8% na Europa Ocidental e na América do Norte; 7% no Oriente Médio e Norte da África; e 5% na Europa Oriental e na Ásia Central (UNAIDS, 2014).

Mundialmente estão sendo implementados esforços de ampliação do tratamento da Aids. Em 2013, mais 2.3 milhões de pessoas passaram a ter acesso aos medicamentos, elevando o número global de indivíduos recebendo TARV. Na África subsaariana, quase 90% das pessoas portadoras do HIV estão em tratamento. A maior porcentagem de pessoas que vivem com HIV em tratamento encontra-se na Europa Ocidental e na América do Norte, com 51% (39-60%), e na América Latina, com 45% (33-51%). Porém, a menor cobertura está no Oriente Médio e no Norte da África, com apenas 11% (8-16%). Análises demonstram que, para cada aumento de 10% na cobertura de tratamento, há uma redução de 1% em novas infecções pelo HIV. Estimativas apontam que se todas as ações de enfrentamento ao HIV forem aceleradas até 2020, provavelmente a pandemia estará extinta até 2030 (UNAIDS, 2014).

Quanto à mortalidade em decorrência da Aids, em cenário mundial, observa-se que os óbitos estão em declínio, com pico de 2,1 milhões (1,9-2,3 milhões), em 2004, e uma estimativa de 1,8 milhões (1,6-2,1 milhões), em 2009. Os efeitos do aumento da disponibilidade de terapia antirretroviral são evidentes.

As características da epidemia de HIV/AIDS são bastante heterogêneas nas diversas regiões do mundo. Na África Subsaariana e no Caribe, há o predomínio da transmissão heterossexual; no Leste Europeu, verifica-se transição do modo de transmissão pelo uso de drogas injetáveis para a transmissão sexual; na Ásia, vê-se tanto a transmissão por uso de drogas injetáveis como a transmissão por sexo comercial sem proteção; e na América Latina, predomina a transmissão entre homens que fazem sexo com homens, ainda que se tenha constatado o aumento da transmissão heterossexual, em alguns países (DOURADO; BASTOS, 2011).

O Brasil é, em números absolutos, o país mais afetado pela epidemia de HIV/AIDS na América Latina, com um terço dos casos nesta região. No entanto, é um país que se destaca no cenário internacional por sua resposta à Aids, tanto pelas ações realizadas em âmbito nacional quanto por sua cooperação com outros países em desenvolvimento (UNAIDS, 2013; DOURADO; BASTOS, 2011).

No Brasil, desde o início da epidemia de Aids, em 1980, até junho de 2014, foram registrados 757.042 casos. A distribuição proporcional segundo região mostra concentração dos casos nas regiões Sudeste 411.800 (54,4%) e Sul 151.495 (20,0%). As regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte

correspondem a 108.599(14,3%), 44.112(5,8%) e 41.036(5,4%), respectivamente. Em 2014, estima-se que 734 mil pessoas estejam vivendo com o HIV/Aids no Brasil, destas, mais de 150 mil desconhecem a sua condição sorológica e apenas 313 mil estão em tratamento com antiretrovirais. A taxa de prevalência no país é de aproximadamente 0,4%, sendo que na população de 15 a 49 anos mantém-se estável em torno de 0,6%, desde 2004. Quanto ao sexo, a taxa revela-se em 0,4% entre as mulheres e 0,7% entre os homens. (BRASIL 2014d).

Observa-se que a taxa de detecção de Aids no Brasil, sofreu estabilização nos últimos dez anos, com média de 20,5 por 100 mil habitantes. Mesmo fato se reflete na região Sul, com média de 31,1 por 100 mil habitantes. A região Sudeste é a única que apresenta tendência de queda, onde passou de 20,6 em 2004 para 18,7 em 2013. Em contrapartida, nesse quesito, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativa. O Nordeste, por exemplo, que apresentou uma taxa de 11 casos por 100 mil habitantes em 2004, registrou 16,0 por 100 mil habitantes em 2013, representando um aumento da ordem de 45,5% (BRASIL, 2014d).

No Piauí, de 1986, quando ocorreu o primeiro caso notificado de Aids, até junho de 2014, constam registros de 5.315 casos da doença, colocando-o na oitava posição no ranking da distribuição dos casos entre os Estados da região Nordeste. Em 2013, foram registrados 476 casos de Aids, numa população estimada em 3.184.166 habitantes. Observa-se aumento significativo na taxa de detecção de casos de Aids no Estado, ou seja, de 12,0 por 100 mil habitantes em 2010 para 15,1 por 100 mil habitantes em 2013. Dentre os Estados que compõem a região Nordeste, o Piauí ocupa a quarta posição, no que se refere a taxa de detecção por 100 mil habitantes no ano 2013, conforme seguinte ranking: Pernambuco (22,0), Maranhão (19,9), Rio Grande do Norte (15,6), Piauí (15,1), Sergipe e Bahia (14,2), Ceará (14,0), Alagoas (13,6) e Paraíba (10,6) (BRASIL, 2014d).

Tão preocupante quanto o número de casos de Aids são os dados da mortalidade relacionada à doença. Desde o início da epidemia no Brasil até 2013, foram identificados 278.306 óbitos tendo como a causa básica a Aids. Sendo a maioria na região Sudeste (61,8%), seguido do Sul (17,3%), Nordeste (11,9%), Centro-Oeste (5,0%) e Norte (4,0%). Observa-se, mediante o acompanhamento do Coeficiente de mortalidade padronizado, tendência de queda a qual passou de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2004 para 5,7 em 2013. No entanto, essa mesma tendência não se observa em todas as regiões do país, tendo em vista que no Norte e Nordeste há crescimento. No Nordeste o aumento foi de 41,9%, passando de 3,1 em 2004 para 4,4 óbitos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2014d).

No Piauí, de 1987 até 2013, registraram-se 1.355 óbitos tendo como causa a Aids, com elevação do coeficiente de mortalidade bruto, nos últimos dez anos, de 1,8 por 100.000 habitantes em 2003 para 4,3 por 100.000 habitantes em 2012 (BRASIL, 2014d). Avaliando o cenário epidemiológico da Aids no Estado. Ressalva-se que a elevação da mortalidade, entre vários fatores, pode estar atribuída ao diagnóstico tardio.

Na década de 1980, a epidemia de HIV/Aids no Brasil, teve como principais formas de transmissão: sexual entre HSH e sanguínea por transfusão de sangue, hemoderivados e pelo uso de drogas injetáveis mediante o compartilhamento de seringas. Nesse período, a velocidade de crescimento da incidência e as taxas de mortalidade eram elevadas, e a estrutura assistencial para a Aids encontrava-se em fase de implantação e implementação, tendo sido priorizadas medidas dirigidas à melhoria da qualidade e controle do sangue e seus derivados. Como consequência imediata dessas medidas, observou-se uma diminuição drástica de casos de Aids entre hemofílicos e transfundidos (SZWARCOWALD et al., 2008).

Após a década de 1980, a epidemia assumiu outro perfil. A transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV e apresenta tendência de crescimento em anos recentes, acompanhada de uma expressiva participação das mulheres na dinâmica da epidemia. Observou-se ainda, a partir da década de 1990, um processo de interiorização e pauperização da epidemia, que, tendo se iniciado nos estratos sociais de maior escolaridade, avançou-nos de menor escolaridade (SZWARCOWALD et al., 2008).

Quanto à prevalência do HIV entre os prisioneiros, é maior, em torno de duas a dez vezes em comparação à população geral adulta em muitos países. E reitera que, nos ambientes prisionais, são encontradas prevalências mais elevadas no sexo feminino (UNAIDS, 2014). No entanto, segundo Bureau of Justice Statistics (2012), observa-se declínio da taxa de HIV entre presidiários ao longo do tempo, chegando à média de 3% ao ano.

O Ministério da Saúde do Brasil aponta que não há dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) quanto à infecção pelo HIV em internos. No entanto, afirma ter compromisso em identificar a incidência do HIV e Aids não apenas na população geral, mas também na população prisional. E conclui ser necessária uma construção horizontal e solidária nos diversos níveis de governo (BRASIL, 2009a).

Observa-se em igual contexto, nacional e internacional, que os riscos que predisõem à infecção pelo HIV em ambientes prisionais permanecem praticamente os mesmos, diferindo entre uma localidade ou outra, por aspectos socioculturais que influenciam o comportamento dos reclusos. No entanto, no que diz respeito à prevalência, em grande parte sempre evidenciou-se maior nesta população específica de presidiários, quando comparada com a população geral.

Levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados PUBMED, LILACS e SCIELO, de estudos publicados na última década, no período de 2004 a 2014, sobre prevalência do HIV em ambientes prisionais no Mundo e no Brasil, são apresentados nos Quadros 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1. Revisão das publicações em bancos de dados, referente à prevalência da infecção pelo HIV em Presídios do Mundo, de 2004 a 2014.

AUTOR/FONTE	ANO	PAÍS/ESTADO	PREVALÊNCIA/SEXO	
De Prithwish et al.	2004	Canadá	Masculino	0,7%
			Feminino	0,3%
Solomon et al.	2004	EUA	Masculino	6,6%
Macalino et al.	2004	EUA-Rhode Island	Masculino	1,8%
Babudieri et al.	2005	Itália	Masculino	7,5%
Hoya et al.	2005	Espanha	Masculino	19,1%
CDC, 2009	2006	EUA	Feminino	2,3%
			Masculino	1,6%
Gough; Edwards	2009	América Central Belize	Masculino	4%
UNAIDS, 2014	2010	Indonésia	Feminino	6%
			Masculino	1%
Marques et al.	2011	Portugal	Masculino	6,6%
VanHandel et al.	2012	EUA	Masculino	0,7%
UNAIDS, 2014	2012	Mauritânia	Masculino	24,8%
Navadeh et al.	2013	Irã	Masculino	2,1%
Haghdoost et al.	2013	Irã	Masculino	2,8%
Semaille et al.	2013	França	Feminino	2,6%
			Masculino	2%
Cocoros et al.	2014	Massachusetts	Masculino	0,8%
Reekie et al.	2014	Austrália	Masculino	0,4%

Fonte: Banco de dados Pubmed, Lilacs e Scielo (2015)

A Mauritânia e a Espanha apresentaram as maiores prevalências, respectivamente, 24,8% e 19,1% (Quadro 1).

Quadro 2. Revisão das publicações em bancos de dados, referente a prevalência da infecção pelo HIV em Presídios do Brasil, de 2004 a 2014.

AUTOR/FONTE	ANO	PAÍS/ESTADO	PREVALÊNCIA/SEXO	
Scharper	2005	Goiás	Feminino	4,4%
Araújo; Jonas; Pfrimer	2006	Goiás	Feminino	4,9%
			Masculino	0,8%
Berra; Bacetti; Buzo	2006	São Paulo	Feminino	3,6%
Strazza et al.	2007	São Paulo	Feminino	13,9%
Coelho et al.	2007	São Paulo	Masculino	5,7%
Gabe; Lara	2008	Rio Grande do Sul	Feminino	9,21%
Nascimento	2012	Goiás	Feminino	0,7%
			Masculino	0,9%
Maerrawi	2012	São Paulo	Masculino	1,8%
Prellwitz et al.	2013	Porto Alegre	Masculino	6,6%
Aily et al.	2013	São Paulo	Masculino	4%
Albuquerque et al.	2014	Pernambuco	Masculino	1,1%

Fonte: Banco de dados Pubmed, Lilacs e Scielo (2015)

Observa-se no quadro 2 que São Paulo apresentou a maior prevalência (13,9%) seguida do Rio Grande do Sul (9,21%).

3.7 A ENFERMAGEM FRENTE AO SISTEMA PRISIONAL E A SUA CONTRIBUIÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS

A população carcerária está incluída na assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Um instrumento para efetivação dessa garantia é o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que prevê o profissional Enfermeiro na composição da equipe técnica mínima para atenção à saúde das pessoas presas no Brasil.

Assim sendo, a enfermagem está em interface com outras profissões da área da saúde e apresenta uma identidade que lhe é característica a partir de seus saberes, de sua história, de seu processo de construção social e cultural no campo da assistência à saúde das pessoas, de grupos e da sociedade. O Enfermeiro constitui o profissional relevante na atenção à saúde desse segmento populacional. Isso ocorre devido à essência de sua ciência que é a prescrição de cuidados à saúde integralmente (BELLAGUARDA et al., 2011).

Nessa perspectiva, o Enfermeiro deve adotar uma abordagem cultural de cuidado, baseando-se em habilidades e competências, que permitam a garantia do direito à saúde por parte dos presidiários, que leve em consideração as especificidades desse segmento populacional, como os valores, as crenças/culturas e os modos de vida aprendidos e transmitidos, entre outros contextos socioculturais que permeiam essa parcela populacional, de modo a facilitar ao indivíduo e ao grupo a manutenção do bem-estar, e a melhoria de suas capacidades. Para tanto, o Enfermeiro necessita, ao lidar com esse público tão específico, adotar postura de desnudamento de valores, críticas e julgamentos morais, pautando-se legalmente na ética, cidadania e direitos humanos.

Além da formação direcionada à abordagem holística ao presidiário, o Enfermeiro detém conhecimentos teóricos/práticos, adquiridos em sua formação profissional, que proporcionam atendimento das demandas oriundas ao âmbito das especificidades gerais que envolvem o contexto do HIV/Aids, voltados ao enfrentamento da epidemia.

O QUALIAIDS é um instrumento que norteia a assistência ambulatorial em Aids no SUS e refere como atividades ao profissional Enfermeiro: Supervisão da equipe de enfermagem; Acolhimento; Aconselhamento, Consulta de Enfermagem; Notificação Epidemiológica; Atuação em equipe desde planejamento à avaliação das atividades prestadas, de modo a contemplar: ações educativas, atividades específicas de adesão ao tratamento, atividades de redução de danos, acompanhamento e monitoramento dos indivíduos, implementação de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, assistência e vigilância em saúde, no âmbito das DST/HIV/Aids (BRASIL, 2008).

Para Santos et al., (2013), a administração, tanto do Cuidado Expressivo (que envolve ações educativas, apoio emocional, conforto espiritual e expressão de sentimentos) quanto do Cuidado Profissional (envolve competência técnica e conhecimento profissional, visa assistir e cuidar o paciente

como um todo) necessita da avaliação do Enfermeiro, para surtir os efeitos desejados, pois a escolha incorreta de abordagem pode vir a cultivar no paciente sentimento de dependência e de incapacidade em realizar suas próprias ações e/ou do contrário, não surtir o efeito desejado, devido muitas vezes à incapacidade de entendimento em realizá-las.

Cunha e Galvão (2010) referem que o processo de enfermagem permite a utilização de teorias que podem ser adaptadas a diferentes pacientes e a qualquer cenário de atendimento. Nesse contexto de realizar cuidados em ambiente prisional, apontam que a teoria Geral de Dorothea Orem, especialmente a Teoria do Autocuidado, está adequada ao contexto, pois almeja ao paciente realizar o autocuidado, o que é fundamental para a manutenção da saúde.

Importa refletir sobre o duplo desafio a ser encarado pelo profissional nesse contexto, tanto pela situação de “marginalização” (confinamento, exclusão social, omissão de direitos), como pela situação complexa de atuar no âmbito do HIV/Aids, em que cultivou-se julgamentos morais sobre sexualidade, receios de adoecimento e associação com morte. Dessa forma, o Enfermeiro, além de utilizar escopo teórico, técnico e prático, também necessitará do preparo emocional e psicológico para lidar com uma população que vivencia mais fortemente que outras, o preconceito, o estigma e a discriminação. Vale ressaltar que a enfermagem pode contribuir para o resgate da condição de vida digna das pessoas, tanto do ponto de vista biológico, quanto social e psicológico, proporcionando conforto e bem-estar, minimizando iniciativas que estimulem desrespeito aos princípios éticos e legais da profissão, com vistas a resgatar o sentido da existência humana.

Cabe ressaltar que, geralmente, a estrutura física dos presídios é precárias, apresenta ambiente hostil e insalubre, baixa qualidade da alimentação, várias fontes de estresse e outros fatores que aumentam o risco de adoecimento, sendo um importante caso de ameaça à saúde pública, e, portanto, necessita de atendimento especializado. Há que se reconhecer que existem muitas limitações para o trabalho nesse campo, tais como a presença do agente penitenciário e a periculosidade, que dificultam a autonomia do profissional de enfermagem no desempenho de suas ações. Entretanto, mesmo privados de liberdade, essa população tem direito ao atendimento de qualidade, com equidade e integralidade, tais como os princípios do SUS (COFEN, 2011).

Em síntese, o profissional Enfermeiro, independente de sua área de atuação, seja na assistência, gestão, docência, pesquisa, dentre outras, possui condições de contribuir com a Saúde Pública, e seu envolvimento é de fundamental importância tanto à categoria profissional quanto à sociedade.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no universo de unidades prisionais do Estado do Piauí. Destas, três situadas na capital Teresina: Casa de Custódia, Penitenciária Feminina e Irmão Guido; e as demais localizadas nos municípios de Altos, Esperantina, Parnaíba, Oeiras, Floriano, Picos, Bom Jesus e São Raimundo Nonato (Quadro 03).

As unidades prisionais que compõem o Sistema Penitenciário do Estado do Piauí, estão subordinadas à Secretaria Estadual de Justiça – SEJUS, tendo por finalidade exercer a ordem jurídica, preservação de regime carcerário e garantias constitucionais dos presos. Na sua maioria, estavam com capacidade de lotação acima do suportável, conforme quadro 04. Vale ressaltar que apenas dois presídios comportam público feminino, sendo um na capital e o outro em município do litoral. O ambiente físico dos internos nos presídios são os pavilhões, os quais são compostos pelas celas, e pelo pátio para banho de sol

As unidades prisionais do Piauí possuem problemas estruturantes no tocante ao seu funcionamento e estado de conservação, com instalações físicas inadequadas, recursos humanos em geral insuficientes e celas superpopulosas.

A segurança e a ordem permanente são mantidas na rotina pelo quadro de agentes penitenciários com apoio da guarda militar do Estado. Quando há alguma intervenção externa, devidamente autorizada, como no caso específico desta pesquisa, é solicitada com planejamento e antecedência, o reforço militar da Ronda Ostensiva de Natureza Especial — RONE, que juntamente com a administração da unidade penal definem melhor data, horário e orientam toda logística de deslocamento dentro dos presídios.

Para prestar assistência à saúde a essa população carcerária, existem atuando junto aos estabelecimentos penais, equipes de saúde compostas por profissionais de saúde que pertencem ao quadro da Secretaria de Justiça: Médicos (10), Enfermeiros (06), Psiquiatras (5), Psicólogos (04), Odontólogos (13), Assistentes Sociais (12), Auxiliares/Técnicos de enfermagem (17), Auxiliares de saúde bucal (02) e Nutricionistas (02). Ressalta-se que são em número insuficiente para prestar os devidos cuidados conforme proposta do Plano de Atenção a Saúde do Sistema Penitenciário do Piauí (PIAUI, 2013a).

Apesar de o Sistema Prisional possuir um hospital próprio “Hospital Penitenciário”, este não apresenta condições de assistência condizente, dentre outros motivos, pela carência de materiais e equipamentos e pela ausência de profissionais médicos e enfermeiros em regime de plantão de 24 horas. O referido estabelecimento possui perfil de serviço ambulatorial, predominantemente com cuidados de curativos e tratamento de crises psiquiátricas em mais de 80% do seu atendimento (PIAUI, 2013a).

Quadro 3 – Descrição das Penitenciárias por Município do Estado do Piauí, segundo sua composição física e localização geográfica. Teresina/PI – 2014.

Municípios	Unidades Prisionais	Capacidade de lotação	Internos existentes	N (%) Participantes da pesquisa
Teresina	Penitenciária Feminina de Teresina	115	109	109 (100%)
	Penitenciária Regional de Teresina Irmão Guido	324	363	227 (63,5%)
	Casa de Custódia de Teresina Prof. José de Ribamar Leite	336	698	569 (81,5%)
Altos	Colônia Agrícola Major César Oliveira / Hospital Penitenciário Valter Alencar	336	253	114 (45%)
Esperantina	Penitenciária Luiz Gonzaga Rebelo	157	169	167 (98,8%)
Parnaíba	Penitenciária Mista José Fontes Ibiapina	198	394	290 (73,6%)
Floriano	Penitenciária Gonçalo de Castro Lima	195	225	173 (76,8)
Picos	Penitenciária José de Deus Barros	144	345	245 (71%)
Oeiras	Penitenciária Regional de Oeiras	49	63	43 (68,2%)
Bom Jesus	Penitenciária Dom Abel Alonso Nunez	76	108	105 (97,2%)
São Raimundo Nonato	Casa de Detenção Dom Inocêncio Lopes Santa Maria	130	112	89 (79,4%)
Total			2.839	2.131

Fonte: Sistema de Informação e Administração Penitenciária do Piauí – SIAPEN/PI. Dados parciais, em junho/2013, sujeitos a alteração (PIAUI, 2013b).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

De acordo com a Secretaria de Justiça, a população carcerária do Estado do Piauí, na ocasião do estudo, totalizava 2.955 presos, em cumprimento de pena nos regimes fechado, semiaberto e aberto, sendo 94,6% do sexo masculino, e, 5,4% do sexo feminino (PIAUI, 2013a).

O tempo médio do cumprimento da pena dos internos variava de acordo com a tipificação dos apenados. Conforme código penal, existiam proporcionalmente presos, segundo tempo de pena: 50% por tráfico (3 a 14 anos), 25% por furto/roubo (2 a 8 anos), 15% por homicídio (8 a 30 anos), 2,5% por estupro (8 a 25 anos), 2,5% por porte ilegal de arma (1 a 4 anos), 1,5% por receptação (4 a 15 anos), 1,5 por estelionato (2 a 8 anos) e 2,0% por infração à Lei Maria da Penha (2 a 8 anos) (PIAUI, 2013b).

As transferências de internos entre os presídios somavam de seis a oito por semana, com média de 28 por mês. A ocorrência variava de acordo com o regime prisional, cumprimento da pena, e motivava-se geralmente por superlotação e indisciplina entre internos. A ocupação das celas é instável e a quantidade varia dependendo da população de internos em cada presídio, como também do tamanho da área física. Existem extremos de um a vinte presos por cela (com isolamento por transtorno psiquiátrico grave e/ou alta periculosidade). Contudo, a média flutua de oito a doze presos por cela, adequando-se à situação peculiar de cada unidade penal (PIAUI, 2013b).

A população do estudo foi composta pelo universo dos internos das unidades prisionais (n = 2.839) (Quadro 04). Adotou-se como critério de inclusão: ser interno de unidade prisional com regime fechado ou semiaberto. E como critério de exclusão: internos sem condições de responder às perguntas do estudo (n=73) e que no período da coleta, estivessem em unidades prisionais com motins/rebeliões

(n=464). No entanto, considerando que a testagem para o HIV, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), deve ser realizada de forma voluntária e mediante consentimento prévio do investigado, 171 se recusaram, participando efetivamente deste estudo 2.131 internos (75%) (Figura 01).

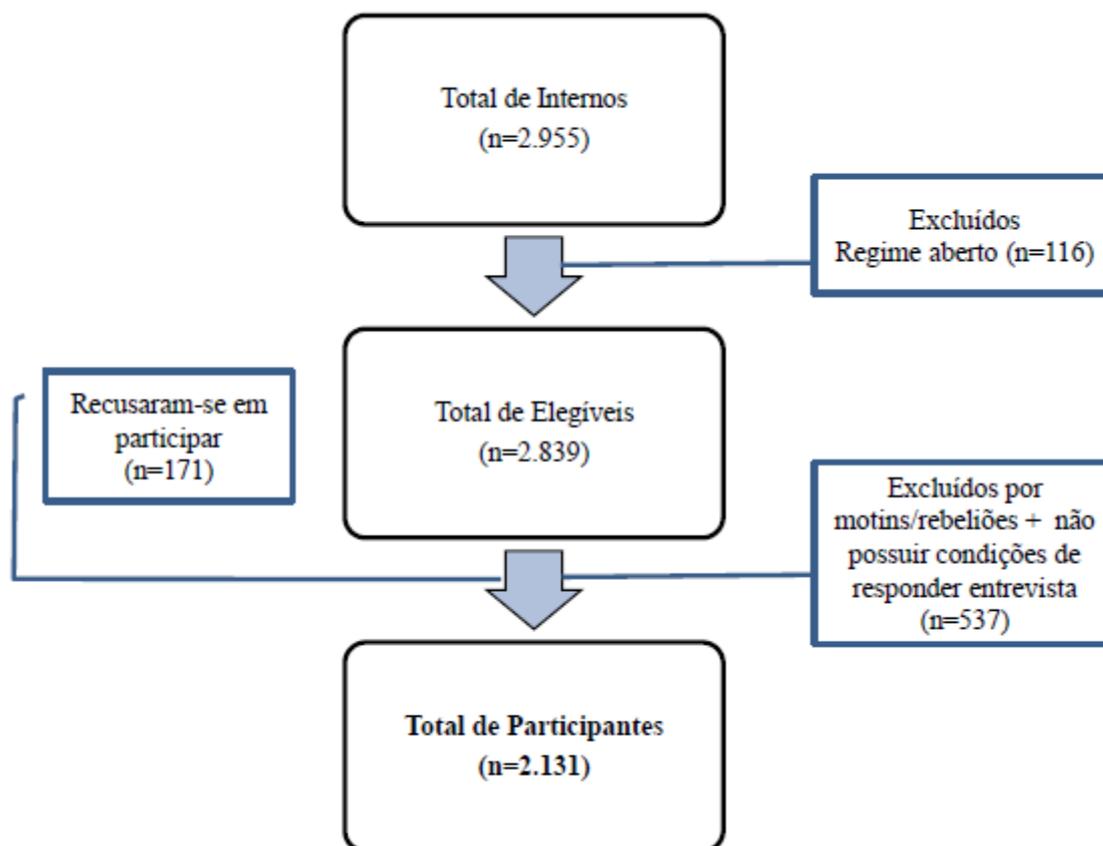
Ressalta-se que o tipo de regime semiaberto encontrado em algumas penitenciárias dificultou a participação do interno na pesquisa, tendo em vista que os mesmos não ficam nas celas, mas circulando livremente na parte interna da unidade, onde realiza algum tipo de trabalho, tornando mais difícil encontrá-los durante a realização da coleta de dados. E ainda, outros presos por decisão judicial, estavam realizando trabalhos externos.

Quadro 4 – Distribuição do quantitativo de internos existentes e participantes por municípios do Estado do Piauí. Teresina/PI – 2014.

Municípios	Unidades Prisionais	Capacidade de lotação	Internos existentes	N (%) Participantes da pesquisa
Teresina	Penitenciária Feminina de Teresina	115	109	109 (100%)
	Penitenciária Regional de Teresina Irmão Guido	324	363	227 (63,5%)
	Casa de Custódia de Teresina Prof. José de Ribamar Leite	336	698	569 (81,5%)
Altos	Colônia Agrícola Major César Oliveira / Hospital Penitenciário Valter Alencar	336	253	114 (45%)
Esperantina	Penitenciária Luiz Gonzaga Rebelo	157	169	167 (98,8%)
Parnaíba	Penitenciária Mista José Fontes Ibiapina	198	394	290 (73,6%)
Floriano	Penitenciária Gonçalo de Castro Lima	195	225	173 (76,8)
Picos	Penitenciária José de Deus Barros	144	345	245 (71%)
Oeiras	Penitenciária Regional de Oeiras	49	63	43 (68,2%)
Bom Jesus	Penitenciária Dom Abel Alonso Nunez	76	108	105 (97,2%)
São Raimundo Nonato	Casa de Detenção Dom Inocêncio Lopes Santa Maria	130	112	89 (79,4%)
Total			2.839	2.131

Fonte: Sistema de Informação e Administração Penitenciária do Piauí – SIAPEN/PI. Dados parciais, em junho/2013, sujeitos a alteração (PIAÚÍ, 2013b).

Figura 01. Fluxograma da composição da amostra da pesquisa no Sistema Prisional do Estado do Piauí. Teresina/PI, 2014.



4.4 COLETA DOS DADOS

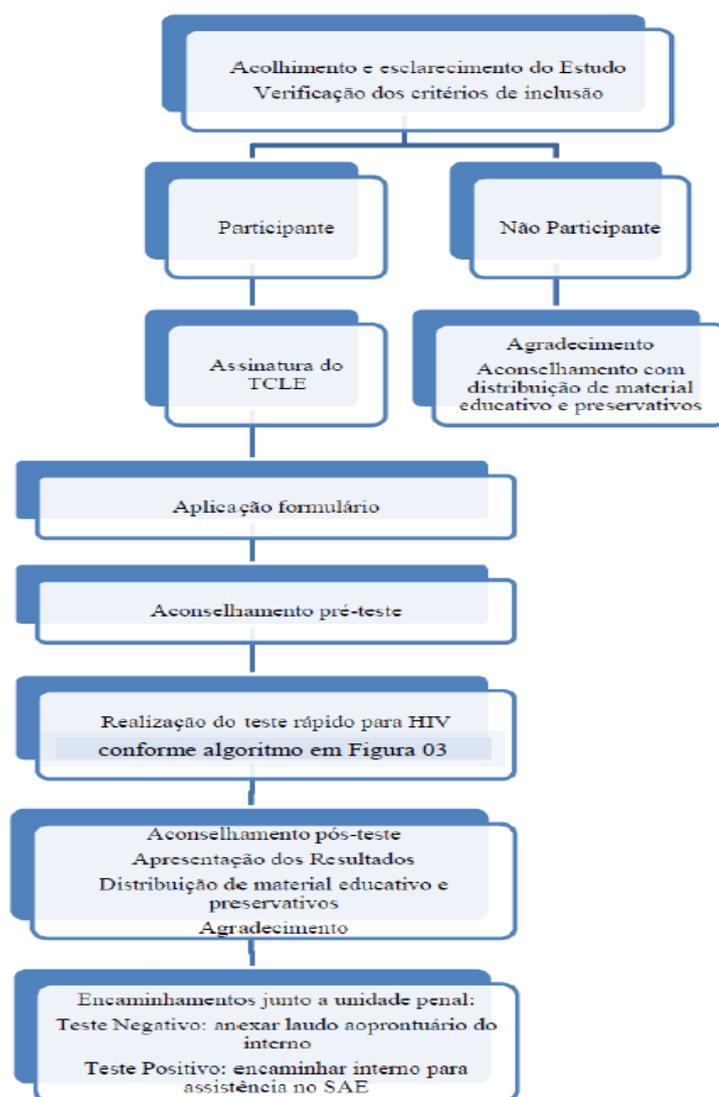
A realização dos trabalhos referentes à coleta de dados desta pesquisa ocorreu nos pátios dos pavilhões, pois, caracterizavam-se como espaços mais amplos e adequados, possibilitando a montagem da estrutura necessária à entrevista, aconselhamento e execução do teste rápido, comportando: a equipe da pesquisa, a equipe de segurança (composta pelos agentes penitenciários e o reforço solicitado da Ronda Ostensiva de Natureza Especial — RONE) e os internos; como também todos os insumos laboratoriais necessários para a realização da testagem. Ressalva-se que os internos foram atendidos de forma individual, recrutados das celas pelos agentes penitenciários.

Os dados foram coletados mediante o consentimento expresso da população estudada, no período de novembro de 2013 a maio de 2014, pela própria autora, juntamente com uma equipe de pesquisadores de campo, previamente submetidos a treinamento para formar aconselhador (profissional responsável pela entrevista e pelo pré/pós aconselhamento) e executor (profissional responsável pela realização do teste rápido). O treinamento da equipe foi realizado no mês de agosto de 2013 pela Coordenação de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí — SESAPI, que também disponibilizou juntamente com o Laboratório Central — LACEN, todos os materiais necessários a testagem, desde os testes rápidos e seus componentes aos insumos laboratoriais de biossegurança.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas consecutivas, sendo que na primeira realizou-se

entrevista, com a utilização de formulário adaptado do estudo de Sá et al. (2013) e Carvalho (2013), sobre prevalência de hepatite B e C em usuários de crack. O instrumento utilizado (APÊNDICE A), continha questões predominantemente fechadas relacionadas às variáveis do estudo, tendo sido previamente testado. A participação foi voluntária, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, garantia do sigilo das informações prestadas e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). Nesse momento, também era realizado o aconselhamento pré-teste, conforme fluxograma de atendimento aos internos (Figura 02).

Figura 02. Fluxograma da Coleta de dados em internos do Sistema Prisional do Estado do Piauí. Teresina/PI, 2014.



Na segunda etapa, realizou-se o teste rápido para detecção de anticorpos Anti-HIV 1 e 2. Todos os procedimentos dessa etapa atenderam o preconizado no Manual Técnico para o Diagnóstico da infecção pelo HIV, que trata sobre o protocolo de realização do teste rápido, para fins de diagnóstico da Infecção pelo HIV (BRASIL, 2013b). Ambas as etapas foram realizadas em locais adequados no

próprio presídio, respeitando a confidencialidade e a individualidade de cada um dos participantes, conforme algoritmo de realização da testagem (Figura 03).

Figura 03. Algoritmo de realização do teste rápido anti-HIV, em internos do Sistema Prisional do Estado do Piauí. Teresina/PI, 2014.



Antes da realização do procedimento foi explicado aos participantes do estudo que, embora a técnica de coleta de sangue fosse invasiva, os riscos seriam mínimos, considerando que o material a ser utilizado era esterilizado e descartável, e que os testadores eram profissionais de saúde com experiência nesse tipo de técnica. Também foram informados que o procedimento era quase indolor, uma vez que se tratava de uma pequena punção digital na ponta de um dos dedos da mão.

Para execução da testagem foram utilizados dois tipos de kits contendo os testes rápidos, denominados *Rapid Check* e Biomanguinhos, de fabricação do laboratório da Universidade Federal do Espírito Santo e da Fiocruz, respectivamente. A metodologia utilizada no teste rápido é a imunocromatografia para detecção de anticorpos Anti-HIV 1 e 2. Cada kit era composto com testes

rápidos, pipetas, lancetas e solução tampão reagente.

Os testes rápidos foram realizados imediatamente após a coleta da amostra de sangue e o indivíduo foi orientado a aguardar o resultado no local, uma vez que o laudo era emitido entre dez e trinta minutos. Antes disso, como já mencionado, foi realizado o aconselhamento pré-teste, cujo objetivo foi informar sobre os procedimentos a serem realizados, os possíveis resultados e reiterar a garantia de sigilo sobre as informações prestadas e condição sorológica.

Encerrado todo o procedimento de execução da testagem foi realizado o aconselhamento pós-teste, quando era apresentado o resultado ao interno, com esclarecimento de possíveis dúvidas e realizado orientações sobre prevenção do HIV/Aids. Além disso, aos casos com resultados negativos pertinentes, foi realizada explicação sobre a situação da janela imunológica. E aos casos com resultados positivos, foi explicado sobre a transmissão do vírus, possibilidades de tratamento, importância de medidas de prevenção de outras DST e realizado encaminhamento para acompanhamento nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids do Piauí. Também nesse caso, era disponibilizado pelo aconselhador pós-teste, tempo suficiente e necessário de apoio emocional aos internos soropositivos.

O procedimento de coleta do sangue para realização dos testes rápidos adotou os seguintes passos determinados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a):

- Antes de coletar a amostra por punção, foram separados todos os componentes do kit que seriam utilizados sobre uma superfície limpa e seca.
- A amostra foi coletada conforme instruções do fabricante do kit de testagem.
- Escolheu-se a ponta do dedo médio, anular ou indicador.
- Procedeu-se a ordenha, colocando-se a mão voltada para baixo.
- Limpou-se a ponta do dedo com álcool 70% para assepsia e esperou-se a secagem para evitar qualquer interação entre componentes.
- Posicionou-se a mão com o lado da palma para cima.
- Utilizou-se uma lanceta descartável para cada detento.
- Pressionou-se firmemente a lanceta contra o dedo para perfurar a pele.
- Descartou-se a lanceta em um recipiente apropriado para descarte de materiais de risco biológico.
- Segurou-se o dedo em uma altura menor que o cotovelo e pressionou-se leve e intermitentemente a base do dedo perfurado, para obtenção da amostra necessária de sangue.
- Tocou-se a pipeta ou alça (de acordo com o kit em uso) na gota de sangue formada na digital do participante, evitando bolhas de ar.

Em seguimento às recomendações (BRASIL, 2012a), foi realizado o primeiro teste, *Rapid-check*, adotado como TR1, o qual teve sua execução realizada conforme recomendado pelo fabricante, onde foi retirado do isopor e deixado à temperatura ambiente todos os componentes do kit; depois foi removida a cobertura protetora de lâmina metálica do teste; identificado o dispositivo cassete do teste com as iniciais do nome completo do detento; aspirado o sangue com a pipeta descartável contida no kit; aplicadas duas gotas de sangue no poço indicado no dispositivo do teste; adicionada uma gota da solução tampão, mantendo o frasco na posição vertical, no mesmo local (poço indicado); esperar 15 minutos e ler o resultado.

O segundo teste, Bio-Manguinhos, adotado como TR2, somente foi realizado quando o TR1 resultava em reagente, e seguiu metodologia semelhante na interpretação, porém diferente na execução, conforme fabricante. Inicialmente, retirados os componentes necessários do kit e colocados sobre uma superfície plana; depois identificado o cassete do teste com as iniciais do nome completo do detento; após a perfuração com lanceta e punção com a alça coletora contendo cinco microlitros de sangue, foi introduzida a amostra numa solução diluente (componente do kit) para eluição do sangue, em seguida gotejado duas gotas no poço nº 1, indicado no cassete; aguardou-se cinco minutos; adicionou-se quatro gotas da solução tampão no poço nº 2, também indicado no cassete do teste, aguardou-se 10 minutos para completar a reação e finalmente ler o resultado (BRASIL, 2012a).

Os resultados dos testes *Rapid-check* (TR1) e Bio-Manguinhos (TR2) são interpretados de quatro formas: Positivo, quando houve o aparecimento de duas barras/linhas paralelas verticais vermelhas, uma delas na bandagem de controle (C) e outra na bandagem do teste do detento (T); Negativo, quando houve a presença de uma única barra/linha vermelha vertical na bandagem de controle (C) e nenhuma barra vermelha apareceu na bandagem do teste do detendo; Inválido, quando não se observou a presença da barra/linha vermelha vertical na bandagem de controle (C). Nesse caso, é oferecida ao detento uma nova testagem com teste rápido de outro lote. E ainda, indeterminado, se o TR1 resulta positivo e na realização do TR2 para confirmação, este último resulta em negativo, dando divergência de resultados. Tanto na persistência de resultado inválido como nos resultados indeterminados, é realizado o encaminhamento do indivíduo para realizar teste anti-HIV por outra metodologia que não o teste rápido, em serviço laboratorial da rede de assistência à saúde do município. (BRASIL, 2012a).

A amostra que apresentou resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1), teve o diagnóstico definido como "Amostra Não Reagente para HIV"; já a amostra que apresentou resultado reagente no TR1, obrigatoriamente, foi realizado o segundo teste (TR2). As amostras reagentes nos TR1 e TR2 tiveram o diagnóstico definido como "Amostra Positiva para HIV". Não houve nenhuma ocorrência de resultado inválido ou indeterminado durante coleta de dados desta pesquisa. Todas as amostras ou foram reagentes ou não reagentes na interpretação dos resultados.

Ao final do processo foi emitido um laudo para cada participante, com o resultado da testagem em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o interno, sendo que a via do detento ficou sob guarda da secretaria de justiça, anexada ao prontuário do mesmo na unidade prisional). O resultado foi fornecido aos internos de forma individual e com a garantia de sigilo da sua condição sorológica, sendo compartilhada apenas com profissionais de saúde da unidade penal designados a acompanhar os trabalhos da coleta de dados da pesquisa e dar seguimento da assistência, conforme encaminhamento emitido.

É importante ressaltar que, atendendo às recomendações do Ministério da Saúde, todos os profissionais envolvidos no processo de coleta do sangue e testagem seguiram as normas de biossegurança, utilizando avental (jaleco) de mangas longas e punho retrátil, calçados fechados, óculos de proteção, máscaras e luvas. Além disso, o material contaminado com produtos químicos ou agentes biológicos foram adequadamente descartados em recipientes apropriados, contendo sinalização específica do risco e entregues ao final de cada dia de coleta no laboratório central — LACEN da Secretaria de Estado da Saúde, para devido tratamento.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis levantadas foram: sociodemográficas (idade, sexo, cor/raça, local de residência, situação conjugal, escolaridade e renda pessoal); padrão do consumo de álcool e outras drogas em algum momento da vida (tipo, frequência); riscos relacionados à exposição parenteral (transfusão de sangue, cirurgia, compartilhamento de materiais perfurocortantes, ter tatuagem, ter realizado *piercing*, uso de seringas de vidro); riscos relacionados ao comportamento sexual (tipo de prática sexual; número de parceiros sexuais, se faz seleção de parceiros sexuais, uso do preservativo); informações dos internos sobre HIV/DST (forma de transmissão, fonte da informação, adoecimento prévio por DST, formas de prevenção, se tem medo de adquirir DST e motivo do medo) e positividade para o HIV.

À exceção da variável considerada dependente (positividade para o HIV), todas as demais foram consideradas independentes.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em banco editado e analisados com a utilização do aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19.0. Após a checagem e limpeza do banco de dados, foram realizadas análises univariadas, por meio de estatísticas descritivas simples com distribuição de frequências absolutas, percentuais simples e medidas de tendência central. Ressalta-se que algumas variáveis foram recategorizadas para facilitar as análises. Para determinar a prevalência do HIV e os fatores associados ao mesmo, foram utilizadas estatísticas descritivas (proporções) e inferenciais. Na estatística inferencial foram aplicados testes de hipóteses bivariados e multivariados.

O teste bivariado de associação entre as variáveis qualitativas utilizado foi a Regressão Logística Simples, referido aqui como odds não-ajustado, cujo objetivo foi de selecionar os possíveis fatores que podem explicar a prevalência do HIV. E, como critério de seleção para as categorias de referência adotou-se, a importância clínica (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

As variáveis que na análise bivariada apresentaram valor fixado de $p \leq 0,05$ foram submetidas ao modelo multivariado por regressão logística múltipla, aqui denominado de odds ajustado. Para todas as demais análises, foi fixado a priori o nível de significância de 0,05 para rejeição da hipótese nula. Foi examinada a ausência de multicolinearidade entre as variáveis selecionadas para a análise bivariada por meio do *FIV* (*Variance-inflationfactor*) e o ponto de corte para a existência de multicolinearidade adotado foi um $FIV \geq 4$ (GARSON, 2010).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para a realização desta pesquisa, após autorização prévia das Secretárias Estaduais de Justiça e da Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí – UFPI, com o parecer nº 335.963 (ANEXO A). Aos participantes, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido com os esclarecimentos da pesquisa (APENDICE B); garantida a confidencialidade, a privacidade, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas, conforme os princípios norteadores dispostos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). A observação dos princípios éticos implica na avaliação criteriosa das seguintes referências fundamentais da pesquisa envolvendo seres humanos: o respeito, a autonomia, não-maleficência, a beneficência e a justiça. Assim, uma pesquisa deve ter relevância social para os pesquisados, não perdendo o sentido sócio-humanitário para qual ela se destina (CASTILHO; KALIL, 2005).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA/ECONÔMICA DA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO

Dentre os 2.131 participantes, observou-se que 905 (42,5%) estavam reclusos em presídios de Teresina. Os demais em presídios localizados no interior do Estado. Quanto à idade 1.037 (48,6%) estavam na faixa etária de 23 a 32 anos, com média de 30,9 anos, com mínima e máxima variando de 18 a 81 anos, respectivamente. Quanto ao sexo, predominou o masculino com 1.977 (92,8%). Em relação à situação conjugal 1.235 (58,0%) eram solteiros/separados/viúvos. Houve domínio da cor parda em 1.312 (61,6%). Com relação ao local de residência, 1.116 (52,4%) relataram o interior do Estado, 751 (35,2%) em Teresina e 264 (12,4%) procedentes de outros Estados. Sobre a escolaridade,

1.342 (63,0%) relataram possuir o ensino fundamental incompleto. Não ter renda pessoal foi referido por 793(37,2%) internos. Dentre os que possuem renda, a média foi 789,00 reais (Tabela 01).

Tabela 01: Distribuição dos internos das unidades prisionais por municípios e caracterização sociodemográfica/econômica. Teresina — Piauí, 2014 (n=2131)

Variáveis	n (%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Municípios					
Teresina	905(42,5)				
Parnaíba	290(13,6)				
Altos	114(5,4)				
Esperantina	167(7,8)				
Picos	245(11,5)				
Bom Jesus	105(4,9)				
Floriano	173(8,1)				
Oeiras	43(2,0)				
São Raimundo Nonato	89(4,2)				
Local de Residência					
Teresina Capital do Piauí	751(35,2)				
Interior do Piauí	1116(52,4)				
Outro Estado	264(12,4)				
Sexo					
Masculino	1977(92,8)				
Feminino	154(7,2)				
Idade					
		30,9	10,1	30,5-31,3	18-81
18 a 22 anos	387(18,2)				
23 a 32 anos	1.037(48,6)				
33 a 47 anos	534(25,1)				
48 anos e mais	173(6,3)				
Cor/Raça					
Branca	420(19,7)				
Preta	399(18,7)				
Parda	1312(61,6)				
Situação conjugal					
Solteiro/separado/viúvo	1235(58,0)				
Casado/União estável	896(42,0)				
Escolaridade					
		6,3	3,8	6,16-6,49	0-23
Sem escolaridade	232(10,9)				
Fundamental incompleto	1342(63,0)				
Fundamental completo	126(5,9)				
Médio incompleto	205(9,6)				
Médio completo	120(5,6)				
Superior	106(5,0)				
Renda Pessoal					
		789,1	1713,8	716,2-861,9	0-40000
Sem renda	793(37,2)				
< um salário mínimo	166(7,8)				
um salário mínimo	691(32,4)				
> um salário mínimo	481(22,6)				

\bar{x} : Média, \pm : Desvio Padrão, IC: Intervalo de confiança.

5.2 PREVALÊNCIA DO HIV NA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO

A prevalência da infecção pelo HIV correspondeu a 1%. Dentre os presídios, a unidade prisional localizada no município Bom Jesus (1,9%) contribuiu com o maior percentual de positividade ao HIV (Tabela 02).

Tabela 02: Prevalência do HIV em internos das unidades prisionais por municípios. Teresina — PI, 2014 (n=2131)

Prevalência	Reagente		Não Reagente	
	n (%)	IC 95% (*)	n (%)	IC 95% (*)
Geral	21 (1,0)	0,6 – 1,4	2110 (99,0)	98,6 – 99,4
Prevalência por Município				
Teresina	10(1,1)		895(98,9)	
Parnaíba	2(0,7)		288(99,3)	
Altos	1(0,9)		113(99,1)	
Esperantina	2(1,2)		165(98,8)	
Picos	2(0,8)		243(99,2)	
Bom Jesus	2(1,9)		103(98,1)	
Floriano	1(0,6)		172(99,4)	
Oeiras	-		43(100,0)	
São Raimundo Nonato	1(1,1)		88(98,9)	

* Intervalo de confiança de 95%

5.3 ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS/ECONÔMICAS DA POPULAÇÃO PRISIONAL DO ESTUDO RELACIONADAS À INFECÇÃO PELO HIV

Observa-se na Tabela 03, que no universo de homens investigados 1% estava infectado e no universo feminino 1,3%. Dentre os soropositivos, a maioria encontrava-se na faixa etária entre 23 a 47 anos, com média de idade de 31,3 anos, de raça negra, em situação conjugal de solteiro/separados/viúvos. Com relação à média de escolaridade e à renda pessoal, tem-se 6,29 anos e R\$ 438,10 reais, respectivamente. Não houve associação estatisticamente significativa das características sociodemográficas/econômicas com a infecção pelo HIV ($p>0,05$).

Tabela 03: Associação das características sociodemográficas/econômicas, da população prisional em estudo, relacionadas à infecção pelo HIV. Teresina — Piauí, 2014 (n=2131)

Variáveis	HIV		Odds não ajustado	IC95%	p valor
	Positivo	Negativo			
	n (%)	n (%)			
Sexo					
Masculino	19(1,0)	1958(99,0)	0,74	0,17-3,20	0,70
Feminino*	02(1,3)	152(98,7)			
Raça/Cor					
Branca*	3(0,7)	417(99,3)	1,48	0,43-5,04	0,53
Negro/outros	18(1,1)	1693(98,8)			
Situação Conjugal					
Solteiro/separado/ Viúvo	13(1,1)	1222(98,9)	1,18	0,48-2,86	0,71
Casado/amigado/ união estável*	8(0,9)	888(99,1)			
Idade	Média (dp) 31,3 (9,7)	Média (dp) 30,9 (10,1)	1,00	0,96-1,05	0,84
Anos de Estudo	Média (dp) 6,29 (4,17)	Média (dp) 6,32 (3,88)	1,00	0,89-1,11	0,97
Renda Mensal	Média (dp) 438,10 (647,47)	Média (dp) 792,55 (1720,80)	1,00	0,99-1,00	0,19

O p valor foi obtido pela regressão logística. A significância estatística foi fixada em $p\leq 0,05$ * Categoria de referência.

5.4 ASSOCIAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS RELACIONADAS À INFECÇÃO PELO HIV NA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO.

Na Tabela 04, observa-se a associação estatisticamente significativa da infecção pelo HIV com a variável uso de outras drogas ($p=0,05$).

Tabela 04: Associação do uso de álcool e outras drogas relacionadas à infecção pelo HIV na população prisional em estudo. Teresina — Piauí, 2014 (n=2131)

Variáveis	HIV		Odds não ajustado	IC95%	p valor
	Positivo n (%)	Negativo n (%)			
Usa bebidas alcoólicas					
Sim	17(1,0)	1661(99,0)	1,15	0,38-3,43	0,80
Não *	4(0,9)	449(99,1)			
Usa drogas ilícitas					
Sim/usava	14(1,0)	1392(99,0)	1,03	0,41-2,57	0,95
Não *	7(1,0)	718(99,0)			
Drogas					
Crack					
Sim	9(1,4)	639(98,6)	1,72	0,72-4,11	0,21
Não*	12(0,8)	1471(99,2)			
Cocaína					
Sim	7(1,1)	656(98,9)	1,10	0,44-2,76	0,82
Não*	14(1,0)	1454(99,0)			
Maconha					
Sim	12(1,0)	1179(99,0)	1,05	0,44-2,51	0,90
Não*	9(1,0)	931(99,0)			
Outras drogas					
Sim	7(2,1)	327(97,9)	4,24	0,96-18,71	0,05
Não*	14(0,7)	1783(99,3)			

O p valor foi obtido pela regressão logística. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$

* Categoria de referência.

5.5 ASSOCIAÇÃO DO RISCO POR EXPOSIÇÃO PARENTERAL RELACIONADO À INFECÇÃO PELO HIV NA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO.

Ao cruzar as variáveis referentes ao risco por exposição parenteral com a infecção pelo HIV verificou-se que não houve nenhuma associação significativa ($p > 0,05$). (Tabela 05).

Tabela 05: Associação do risco por exposição parenteral relacionado à infecção pelo HIV na população prisional em estudo. Teresina — Piauí, 2014 (n=2131)

Exposição parenteral	HIV		Odds não ajustado	IC95%	p valor
	Positivo n (%)	Negativo n (%)			
Transfusão de sangue antes de 1993					
Sim	1(1,9)	52(98,1)	1,98	0,26-15,02	0,51
Não*	20(1,0)	2058(99,0)			
Cirurgia					
Sim	10(1,4)	692(98,6)	1,86	0,78-4,40	0,15
Não*	11(0,8)	1418(99,2)			
Compartilhou material perfuro cortante					
Sim	11(0,9)	1162(99,1)	6,15	0,78-48,5	0,08
Não*	10(1,0)	948(99,0)			

Tem tatuagem					
Sim	15(1,2)	1273(98,8)	1,64	0,63-4,25	0,30
Não*	6(0,7)	837(99,3)			
Teve/tem piercing					
Sim	1(0,3)	296(99,7)	0,30	0,41-2,29	0,26
Não*	20(1,1)	1814(98,9)			
Usou de seringas de vidro					
Sim	1(4,5)	21(95,5)	4,97	0,63-38,78	0,12
Não*	20(0,9)	2089(99,1)			

O p valor foi obtido pela regressão logística. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$

* Categoria de referência

5.6 ASSOCIAÇÃO DA PRÁTICA SEXUAL DE RISCO DA POPULAÇÃO PRISIONAL DO ESTUDO RELACIONADA À INFECÇÃO PELO HIV

Tabela 06: Associação da prática sexual de risco da população prisional do estudo com a infecção pelo HIV. Teresina, Piauí, 2014 (n=2131)

Variáveis	HIV		Odds não ajustado	IC95%	p valor
	Positivo n (%)	Negativo n (%)			
Prática sexual:					
Sexo oposto*	14(0,7)	1902(99,3)	4,57	1,82-11,45	0,00
Mesmo sexo	7(3,3)	208(96,7)			
Faz seleção de parceiros					
Sim*	9(0,7)	1434(99,3)	2,22	0,95-5,44	0,06
Não	12(1,5)	778(98,5)			
Tipo de seleção					
Confiança/Conhecido	7(2,2)	618(97,8)	1,05	0,31-3,59	0,93
Seleções atributos físicos	2(0,3)	732(99,6)	5,04	1,17-21,72	0,03
Uso de camisinha					
Sempre*	7(1,4)	511(98,6)	0,64	0,25-1,59	0,33
Nunca/às vezes	14(0,9)	1599(99,1)			
Motivo de não uso da camisinha					
Não gosta/Confiança	7(0,6)	1093(99,4)	0,22	0,03-1,65	0,14
Nem sempre tem	7(2,1)	321(97,9)	2,79	1,11-6,96	0,02
Bebe antes das relações sexuais					
Sim	13(1,0)	1303(99,0)	0,94	0,39-2,29	0,90
Não*	8(1,0)	758(99,0)			
Usa drogas ilícitas antes das relações sexuais					
Sim	11(1,1)	958(98,9)	1,22	0,51-2,89	0,64
Não*	10(0,9)	1065(99,1)			
Tipo de sexo que pratica					
Vaginal					
Sim	17(0,8)	2082(99,2)	0,57	0,02-0,18	0,00
Não*	4(12,5)	28(87,5)			
Anal					
Sim	16(1,3)	1203(98,7)	2,41	0,88-6,61	0,08
Não*	5(0,5)	907(99,5)			
Oral					
Sim	17(1,3)	1274(98,7)	2,78	0,93-8,31	0,06
Não*	4(0,5)	836(99,5)			
Parceiros sexuais nos últimos 6 meses	Média(dp) 1,48(1,86)	Média(dp) 1,78(3,64)	0,97	0,82-1,13	0,67
Nenhum	6(0,9)	635(99,1)			
De um a dez	15(3,2)	1434(96,8)			

O p valor foi obtido pela regressão logística. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$

* Categoria de referência

Na tabela 06, observa-se que houve associação significativa com a infecção pelo HIV nas variáveis: prática sexual com parceiros do mesmo sexo, seleção de parceiros por atributos físicos, motivo de não usar preservativo por nem sempre dispor e o tipo de sexo por via vaginal ($p < 0,05$).

5.7 ASSOCIAÇÃO DAS INFORMAÇÕES REFERIDAS PELA POPULAÇÃO PRISIONAL DO ESTUDO, SOBRE HIV/DST RELACIONADAS À INFECÇÃO PELO HIV.

Verificou-se que nenhuma das variáveis apresentou associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). (Tabela 07).

Tabela 07: Associação das informações referidas pela população prisional em estudo, sobre HIV/DST relacionadas à infecção pelo HIV. Teresina — Piauí, 2014 (n=2131)

Variáveis	HIV		Odds não ajustado	IC95%	p valor
	Positivo n (%)	Negativo n (%)			
Tem alguma informação sobre HIV					
Sim*	16(1,0)	1513(99)	0,79	0,29-2,17	0,65
Não	5(0,8)	597(99,2)			
Sabe como é transmitido					
Sim*	13(1,1)	1141(98,9)	0,77	0,29-2,04	0,60
Não/em parte	8(0,8)	969(99,2)			
Como se transmite o HIV					
Sangue	8(1,1)	741(98,9)	0,77	0,31-1,91	0,57
Relação sexual desprotegida	14(1,1)	1279(98,9)			
Fonte da informação					
Televisão/internet/outros	15(4,0)	606(96,0)	1,30	0,52-3,23	0,57
Serviço de saúde	4(0,9)	448(99,1)	1,14	0,38-3,42	0,80
Tem/teve alguma DST na vida					
Sim	7(1,5)	468(98,5)	1,75	0,70-4,37	0,23
Não*	14(0,8)	1642(99,2)			
Sabe com prevenir DST					
Sim*	16(0,9)	1692(99,1)	1,26	0,46-3,47	0,65
Não	5(1,2)	418(98,8)			
Formas de prevenção: Uso de camisinha					
Sim*	16(1,0)	1653(99,0)	1,13	0,41-3,10	0,81
Não	5(1,1)	457(98,9)			
Tem medo de adquirir DST					
Sim*	17(0,9)	1867(99,1)	1,80	0,60-5,41	0,29
Não	4(1,6)	243(98,4)			
Motivo do medo					
Medo de adoecer e morrer	18(2,0)	1774(98,0)	0,66	0,28-1,57	0,35
Transmitir para família	2(1,3)	158(98,7)	0,76	0,17-3,33	0,72

O p valor foi obtido pela regressão logística. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$

* Categoria de referência

5.8 REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA DOS FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO HIV NA POPULAÇÃO PRISIONAL EM ESTUDO

As variáveis: ter prática sexual com parceiros do mesmo sexo, selecionar parceiros por atributos físicos e praticar sexo pela via vaginal, mantiveram-se com associação estatisticamente significativa para a infecção pelo HIV ($p \leq 0,05$). No entanto, observa-se que a variável praticar sexo por via vaginal

revelou uma associação negativa, ou seja, a chance de o soropositivo ter adquirido o HIV por relação via vaginal foi reduzida em 8%, quando comparada com outras vias de prática sexual. (Tabela 08).

Tabela 08: Regressão logística múltipla dos fatores de riscos associados à infecção pelo HIV na população prisional em estudo. Teresina — Piauí, 2014 (n=2131)

Fatores de risco	Odds ajustado	p valor	IC95%
Uso de outras drogas	3,81	0,08	0,82-17,66
Ter prática sexual com pessoas do mesmo sexo	2,66	0,05	0,97-7,24
Selecionar parceiros por atributos físicos	4,57	0,04	1,04-19,99
Não usar camisinha porque nem sempre tem	2,22	0,10	0,85-5,76
Praticar sexo por via vaginal	0,08	0,00	0,02-0,28

O p valor foi obtido pela regressão logística. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$.

6 DISCUSSÃO

6.1 PERFIL DOS INTERNOS DO SISTEMA PRISIONAL EM ESTUDO

Quase metade dos internos que compõem o sistema prisional do Estado do Piauí está confinada em presídios localizados em Teresina, sendo que a maioria é procedente do interior do Piauí. A amostra deste estudo foi composta predominantemente pelo sexo masculino, mostrando-se alinhada com perfil da população carcerária brasileira em regimes fechado e semiaberto, onde dados do Departamento Penitenciário (DEPEN), evidenciaram composição presidiária de 5,6% de mulheres e 94,4% de homens (BRASIL, 2014f). Segundo Gois et al. (2012), o sexo masculino destaca-se em termos quantitativos nos estudos com presidiários, em relação ao feminino. Pode-se justificar pelo fato de o grupo masculino se envolver com mais frequência em situações de violência, com maior índice de reincidência em crimes e delitos e, conseqüentemente, predominam no cumprimento de pena nos presídios (CARVALHO et al., 2006).

Cabe mencionar que homens e mulheres em situação de cárcere são igualmente excluídos e marginalizados socialmente, mesmo antes do advento da prisão. Suas vulnerabilidades sociais não diferenciam demasiadamente antes e durante a prisão, e as situações de riscos que vivenciam, no contexto do confinamento, são equivalentes. Muito embora, existam fatores relacionados ao biológico e comportamental que desigalam homens e mulheres à determinadas predisposições de adoecimento.

No tocante à idade dos participantes deste estudo, a média encontrada de 30,9 anos mostra-se coerente com perfil da população privada de liberdade no Brasil, que é composta predominantemente por presos de 18 a 29 anos (59%) (BRASIL, 2014f). Pesquisas em presídios brasileiros demonstraram resultados semelhantes, com as médias de idade que seguem: Goiás (31,4), São Paulo (30,1), Ceará (29,4) (NASCIMENTO, 2012; COELHO, 2004; NICOLAU et al. 2012b).

Os achados evidenciam precocidade no envolvimento em situações de criminalidade, em que adultos jovens estão vivenciando suas juventudes atrás das grades, enquanto que poderiam estar investindo as qualidades inerentes a essa faixa etária em trabalho e educação. No entanto, percebe-se que a problemática é de cunho social e suas complexidades estão muito possivelmente associadas a

problemas estruturantes da sociedade, especialmente as iniquidades sociais. O estudo de Carvalho et al. (2006) caracterizou o detento como um indivíduo jovem, de baixa escolaridade, que apresenta ruptura de vínculos da vida social em várias dimensões para ambos os sexos

No que se refere à cor, foi observada a parda em mais da metade dos internos. Em consonância com a etnia da população geral do Estado, que é composta de 63% de pardos e 33% de brancos (IBGE, 2010). Estudo de Lopes et al., (2001) e Altice et al., (1998) encontraram resultado semelhante e ainda associação da referida raça com infecção pelo HIV.

Em relação à situação conjugal dos internos, observou-se que a maioria relatou estar solteira, separada ou viúva. Tal achado pode ser atribuído ao fato de que as condições do aprisionamento contribuem para dificuldade de manutenção das relações afetivas pela própria condição de distanciamento do preso e seus parceiros, quando estes também não estão em cumprimento de pena em outro cárcere, tendo em vista que os relacionamentos também podem compartilhar/pactuar os comportamentos sociais. De outro modo, os parceiros também podem não suportar o estilo de vida do recluso, em constante envolvimento com crime e violência, e acaba por abandonar a relação. Além disso, atualmente os relacionamentos conjugais se iniciam cada vez mais precocemente de forma muitas vezes desestruturada e frágil, que associada ao baixo nível socioeconômico e cultural, culmina em uma construção familiar não planejada e instável.

No tocante à escolaridade, observou-se predominância do ensino fundamental incompleto, alinhado ao perfil da baixa escolaridade evidenciada na maioria dos presos brasileiros, pelo DEPEN, que apontam 42,8% com ensino fundamental incompleto e 6,25% sem estudo (BRASIL, 2014f). No entanto, chama a atenção o índice de falta de escolaridade entre os internos do sistema prisional do Piauí, que se revelou superior à média nacional. Tais achados repercutem negativamente na vida dos detentos, bem como da comunidade, pois desencadeia prejuízos de ordem social e econômica. Citamos como possível consequência a essa situação, o achado de que mais de um terço dos internos não possuía renda alguma, denotando desemprego ou baixa remuneração, o que pode estar associado ao aumento de práticas ilícitas e ilegais.

A renda e o grau de escolaridade são importantes indicadores das condições de saúde da população, pois importam diretamente nos determinantes de saúde da sociedade. A entrada na vida criminal pode se caracterizar como um complemento ou incremento financeiro ou ainda ser único meio de obter renda para além da manutenção das necessidades pessoais básicas, muitas vezes sustentar vícios de álcool e drogas ilícitas.

O perfil social dos presidiários neste estudo corrobora com Assis (2007) e Damas (2012), que apontam 95% do contingente carcerário brasileiro ser oriundo das classes socialmente excluídas, ou seja, pobres com baixa qualificação profissional e desempregados, sendo que muitos deles foram “empurrados” ao crime por não terem tido outras oportunidades. Tal população está sujeita a ambientes

altamente precários e insalubres, celas superlotas, além de má alimentação, sedentarismo, uso de drogas e falta de higiene. Tais condições são propícias à proliferação de epidemias e desenvolvimento de patologias. Ou seja, acaba ocorrendo a dupla penalização do condenado: a privação da liberdade e o precário estado de saúde que ele adquire durante a sua permanência no cárcere.

6.2 PREVALÊNCIA DO HIV EM INTERNOS DO SISTEMA PRISIONAL DO ESTUDO

No Brasil, a maioria dos estudos de prevalência do HIV foram realizados nos estados das regiões sudeste e centro-oeste. Destaca-se a escassez de pesquisas com internos de presídios na região Nordeste. Esta pesquisa é a primeira investigação de prevalência do HIV realizada em presídios no Piauí.

Este estudo encontrou prevalência da infecção pelo HIV de 1% (IC 95% 0,6 – 1,4). Ressalta-se que a prevalência encontrada é quase duas vezes maior que a estimada para a população brasileira, de 0,6% em pessoas de 15 a 49 anos (BRASIL, 2014d). Estes resultados se aproximam de outros encontrados em algumas pesquisas internacionais, realizadas em última década, tais como: Indonésia (1%), EUA (1,6%), França (2%), Irã (2,1%) e nacionais: Goiás (0,9%), Pernambuco (1,1%), São Paulo (1,8%), respectivamente (UNAIDS, 2014; CDC, 2009; SEMAILLE et al., 2013; NAVADEH et al., 2013; NASCIMENTO, 2012; ALBUQUERQUE et al., 2014; MAERRAWI, 2012).

É importante destacar estudos internacionais com prevalências relativamente mais baixas, como por exemplo: Canadá (0,3%), Austrália (0,4%), EUA (0,7%), Massachusetts (0,8%), em contraste com outras muito mais altas: Mauritânia (24,8%), Espanha (19,1%), Itália (7,5%), Portugal (6,6%). E, em âmbito nacional: São Paulo (13,9%), Rio Grande do Sul (9,2%) e Porto Alegre (6,6%) (DE PRITHWISH et al., 2004; REEKIE et al., 2014; VAN HANDEL et al., 2012; COCOROS et al., 2014; UNAIDS, 2014; HOYA et al., 2005; BABUDIARI et al., 2005; MARQUES et al., 2011; STRAZZA et al., 2007; COELHO et al., 2007; AILY et al., 2013; GABE; LARA, 2008; PRELLWITZ et al., 2013) respectivamente.

Em geral os estudos têm estimado a prevalência do HIV entre duas a dez vezes maior na população prisional, em comparação à população geral. O relatório global da UNAIDS aponta que, dentre as principais razões estão: necessidades de saúde não atendidas, superlotação, ato sexual inseguro, principalmente por violência, uso de drogas e compartilhamento de material cortante. A saúde dos presos é muitas vezes negligenciada, devido ao estigma. Observa-se baixos investimentos na assistência e pouca vontade política na implementação de esforços com tentativa de solucionar problemas existentes. Os cuidados de saúde nas prisões muitas vezes ficam exclusivamente a cargo da administração penitenciária, ficando desconectados das recomendações em protocolos dos programas de Saúde Pública (UNAIDS, 2014). No entanto, o *Bureau of Justice Statistics* (2012), aponta para declínio da taxa de HIV entre presidiários, chegando à média de 3,0% ao ano, porém, os dados ainda

são maiores que na população geral. A tendência de redução da taxa de prevalência pode estar associada a uma boa resposta global de enfrentamento do HIV/Aids.

A prevalência do HIV encontrada neste estudo, coaduna com o perfil da epidemia de Aids no Estado do Piauí, o qual ocupou a 20ª posição entre os estados brasileiros, no que se refere a taxa de detecção de casos de Aids em 2013. E, quando comparado aos nove estados da região Nordeste, ocupou a 8ª colocação em total de notificações acumuladas de 1980 a 2014 (BRASIL, 2014d). Entretanto, ressalva-se que o baixo índice do Piauí pode estar camuflado por subnotificações de casos, ocasionadas pelo pouco acesso da população ao diagnóstico.

Neste estudo, observa-se, quanto à distribuição da prevalência do HIV por municípios onde se localizam as unidades prisionais, que um presídio localizado em município do sul do estado foi o que contribuiu com maior percentual de positividade ao HIV (1,9%). Esse município, localizado ao extremo sul do Estado, possui movimentado agronegócio e recebe grande fluxo de visitantes das regiões sul e sudeste do país, onde a carga do HIV/Aids é mais elevada. Dessa forma, supõe-se que a prevalência encontrada possa ter relação com a sua atividade econômica.

Ainda sobre a prevalência do HIV em internos desta pesquisa, chama a atenção a maior taxa encontrada entre as mulheres (1,3%) em relação à encontrada entre os homens (1%). Em cenário mundial, verifica-se achados semelhantes, nos Estados Unidos, França e Indonésia, a prevalência do HIV na população prisional foi maior no sexo feminino (CDC, 2009; SEMAILLE et al., 2013; UNAIDS, 2014). No Brasil, estudo em Goiás também encontrou maior taxa no público feminino em relação ao masculino (ARAÚJO; JONAS; PFRIMER, 2006). Como também, observam-se taxas elevadas em pesquisas realizadas exclusivamente em mulheres prisioneiras, por exemplo: Goiás (4,4%), São Paulo (13,9%), Rio Grande do Sul (9,2%) (SCHARPER, 2005; STRAZZA et al., 2007; GABE; LARA, 2008), respectivamente.

A crescente prevalência do HIV entre as mulheres ocorre tanto em segmentos populacionais específicos como na população geral, sendo caracterizada como “feminização da Aids”. No Brasil, no início da epidemia, constatava-se uma razão de 38,0 casos de homens para cada mulher e nos dias atuais essa razão encontra-se de 1,8 homens para cada mulher. A razão de sexo na região nordeste é em média 17 homens para 10 mulheres (BRASIL, 2014d). No Piauí, de 2007 a 2013, tem-se 67% no sexo masculino e 33% no feminino e uma razão de 2 homens para cada mulher (PIAUI, 2014).

Na mesma linha de pensamento, estudos sugerem explicações a essa tendência. Nicolau e Pinheiro (2012a) apontam como fatores de risco que favorecem mulheres detentas, a promiscuidade, abuso sexual, superlotação de celas, uso de drogas, tatuagens, *piercing*, baixa adesão aos preservativos, prostituição e história de DST. Denota-se que a predisposição das mulheres presas está associada a comportamentos de risco e vulnerabilidade. Acrescenta-se o fato de as características biológicas inerentes à mulher conferir maior exposição às DST/HIV.

Galvão e Davim (2014) inferem que a realidade da mulher encarcerada é deficitária e precária, principalmente no que tange ao cuidado à saúde, especialmente quando gestante, onde em determinadas penitenciárias inexistente a devida assistência, tornando-as expostas tanto ao risco de adoecerem como de expor seu bebê a infecções por transmissão vertical.

As desigualdades de gênero se agravam no contexto prisional. Os desafios enfrentados pelas mulheres em muitos países, em relação ao acesso à justiça e a saúde, ocorrem de forma desigual em relação aos homens. A vitimização também é desproporcional, relacionada ao abuso físico e sexual antes do encarceramento. Por conta do número relativamente pequeno de mulheres presas, há usualmente poucos serviços e estruturas destinados a elas. Como consequência disso, muitas vezes, são presas em lugares longes de suas casas, o que pode limitar a possibilidade de visitas de suas famílias e de redes de apoio. Ressalta-se ainda que as mulheres são mais abandonadas que os homens quando vão para a prisão (UNODC, 2007).

Ademais aos fatores mencionados, observa-se que o desconhecimento do comportamento bissexual de seus parceiros aumenta a vulnerabilidade da mulher. Essa categoria de exposição bissexual pode servir de “ponte” da infecção para mulheres (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014).

6.3 USO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ILÍCITAS

No que se refere ao uso do álcool, observa-se que a maioria dos soropositivos relatou uso de bebida alcoólica previamente ao encarceramento. O uso do álcool altera a capacidade de discernimento, dificultando a percepção dos riscos à saúde para a adoção de comportamento seguro de prevenção do HIV. Cabe destacar aqui, que por ser uma droga lícita, o uso do álcool chega a ser socialmente estimulado, dificilmente recebe a atenção necessária por parte da família ou do profissional de saúde, diante do alto potencial de vulnerabilidade à infecção pelo HIV que representa (BRASIL, 2006; CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008).

Além dos prejuízos à saúde, especialmente quando usado de forma cada vez mais precoce pelos jovens, tem-se que o mesmo interfere diretamente na formação escolar e no ambiente de trabalho. O uso abusivo do álcool predispõe a risco social para baixa escolaridade e desemprego. O consumo precoce de bebida alcoólica também prejudica relacionamentos entre pares, vitimando os consumidores ao envolvimento com todos os tipos de violências. Tais problemas tendem a persistir ao longo dos anos, pois a maioria dos jovens não recebe tratamento adequado, o que favorece a ocorrência de eventos graves na vida adulta, como problemas de saúde, criminalidade, abuso do álcool e outras drogas, desemprego e dificuldades na educação dos filhos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a cada ano cerca de dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. O *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) utiliza o termo “beber moderado” para se referir ao consumo com limites em que prejuízos não são esperados,

tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. No entanto, aponta que tanto homens quanto mulheres não devem beber mais de duas vezes na semana. Aponta ainda que atualmente há aumento de evidências epidemiológicas que têm demonstrado, a modo consistente, que o beber demasiadamente está associado a uma gama significativa de situações adversas à saúde e à sociedade, como também a um aumento da mortalidade por todas as causas de doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2013c).

Mais da metade dos infectados pelo HIV relatou usar ou ter feito uso de drogas ilícitas em algum momento da vida. Em relação aos tipos consumidos, observa-se que houve associação significativa do uso de “outras drogas” com positividade para HIV. As “outras drogas” referidas pelos internos referem-se às inalatórias (loló, solvente), injetáveis e derivadas do *crack* e da maconha (pasta, merla). Estas últimas são consideradas subprodutos, com qualidade inferior, logo, mais acessíveis à manutenção do vício proporcionado pelas mesmas.

Apesar da não associação estatística significativa com a prevalência de HIV, chama a atenção a ocorrência de consumo da maconha, cocaína e *crack*, citadas como as mais utilizadas pela população do estudo. O achado pode estar relacionado ao grau de dependência que as referidas drogas conferem, especialmente o *crack* que proporciona maior fissura e efeitos antigênicos (ETCHEPARE et al. 2011). Pesquisa aponta evidente relação dos indivíduos com abuso das drogas, sendo fortemente atrelada à criminalidade. Os usuários de drogas ilícitas possuem um maior envolvimento em atividades ilegais e exposição à violência. Isso ocorre devido ao grande poder de dependência que esgota os recursos financeiros dos usuários rapidamente (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Mundialmente, pesquisas na população prisional têm encontrado forte ligação entre confinamento e uso de drogas. Na Mauritânia, 40% dos reclusos utilizam droga injetável (UNAIDS, 2014). Inquérito comportamental conduzido com detentos no Iran, evidenciou a utilização de droga injetável por 91% deles. (KHEIRANDISH et al. 2009). Estudo em Baltimore demonstrou que 73% injetavam heroína e, destes, 55% o faziam por mais de cinco anos (LATIMER et al., 2009). Estudo realizado em Minas Gerais evidenciou que 35,5% dos detentos utilizam drogas, destes, predominou o uso da maconha (10,9%), cocaína (5,8%) e *crack* (9,4%), corroborando com este estudo (ALQUIMIM, 2014). Nessa perspectiva, considera-se que não se pode tratar todos os usuários de drogas de forma homogênea, mesmo inseridos no cenário prisional, tendo em vista que o consumo de drogas e seus significados se modificam entre sujeitos, entre grupos, localidades, épocas e culturas. Internacionalmente há predominância de usuários de droga injetável (UDI), quando no Brasil esta prática está caindo em desuso na maioria das regiões, cedendo espaço para drogas fumadas e inaladas. No entanto, Rosa et al., em estudo realizado com população privada de liberdade no interior do Rio Grande do Sul em 2010/2011, revelaram que 38,9% dos indivíduos reagentes para Hepatite C faziam uso de droga injetável.

O *crack* representa para a população usuária de drogas um tipo de cocaína acessível, pois

vendido em pedras, oferece efeitos rápidos e intensos. Além da modificação nas formas do uso, com a substituição dos farelos pelas pedras, exclui-se o inconveniente uso de agulhas (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Observa-se em estudos de investigação da prevalência do HIV em presidiários, associação significativa com uso de drogas, como demonstra Strazza et al. (2007) e Miranda e Zago (2001), com drogas injetáveis e Maerrawi (2012), com *crack*, cocaína e injetáveis. Importa lembrar que no início da epidemia da Aids, a associação do uso de drogas ao risco da infecção pelo HIV esteve vinculada especialmente às drogas injetáveis. Posteriormente, se estendeu a qualquer forma de consumo de substâncias psicoativas, mesmo as legalmente permitidas, como o álcool, tabaco e medicamentos.

Destaca-se que foi verificado, entre os investigados neste estudo, que parcela significativa relatou consumo de álcool e de drogas ilícitas antes das relações sexuais. Esse padrão merece atenção, já que os efeitos vasoconstritores da droga podem diminuir a secreção reto-vaginal, conseqüentemente aumentando a possibilidade de fissuras e escoriação de tecidos que podem levar a sangramentos, aumentando a possibilidade de transmissão do HIV (ZEREMSKI et al., 2012). Além disso, Von Diemen et al. (2010) sugerem que a diminuição do uso de preservativos é maior entre aqueles que ingeriram álcool em grandes quantidades.

6.4 EXPOSIÇÃO PARENTERAL

Neste estudo, não houve associação estatisticamente significativa entre a positividade para o HIV e o risco por exposição parenteral, no entanto sabe-se que o ambiente prisional favorece a exposição dos detentos a situações de risco a infecções, cuja transmissão também seja ocasionada por compartilhamento de material perfurocortante.

Esta investigação revelou que mais da metade dos internos compartilham material dessa natureza e possuem tatuagem. Estudos evidenciaram associação a esses tipos parenterais. Coelho et al. (2007) com compartilhamento de agulhas e seringas e Navadeh et al. (2013) com tatuagem.

Ainda sobre tatuagem, observam-se elevados percentuais dessa prática nos presídios em São Francisco (EUA), onde 28% haviam sido tatuados na prisão e 43% haviam recebido pelo menos uma de suas tatuagens em um cenário domiciliar (HERMANSTYNE et al., 2012). Realidade semelhante também é observada no Brasil, em estudos de Rosa et al. (2012) e Alquimim (2014), os quais encontraram 13,8%, e 71,0% de presos com essa prática, respectivamente.

Stief et al. (2010) em investigação da Hepatite B em presídio brasileiro encontraram, dentre outros fatores de riscos associados, o compartilhamento de utensílios perfurocortantes. Gonçalves (2005) aponta que o comportamento de realização de tatuagens entre internos nos presídios é prática usual, contudo, sem material estéril e geralmente compartilhado entre pares. Nicolau et al. (2012c) consideram que o uso de drogas em grupo e a realização de tatuagens são prevalentes em internos de presídios, pois, os mesmos a tomam como forma de se reafirmar em grupos e facções, e fazem de

forma caseira, sem uso de técnicas assépticas, aumentando o risco para adquirir infecções como HIV e Hepatites.

De acordo com a UNODC (2007), nos ambientes prisionais, os principais comportamentos de risco para a transmissão do HIV são o compartilhamento de equipamento de injeção e a prática sexual sem proteção. Nesse meio, fatores adicionais de risco podem incluir o compartilhamento de material usado em tatuagens e piercings e de lâminas de barbear, além da inadequada esterilização ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos. A contaminação do HIV através de objeto perfurocortante pode motivar a infecção por meio de sangue presente em agulha, seringa ou outros materiais capazes de causar solução de continuidade na pele ou diferentes tecidos.

Outros achados associados ao HIV por exposição parenteral foram observados em estudo de Albuquerque et al. (2014), que encontraram associação significativa com transfusão de sangue. Freitas et al. (2014) em estudo realizado na região centro-oeste do Brasil, encontraram que o uso de drogas ilícitas (injetáveis e não injetáveis), história de transfusão de sangue antes de 1994, dentre outros, são fatores associados e significativos para a coinfeção HIV e Hepatite C.

Estudo de Martins et al. (2011) revelaram que transfusão de sangue e hemoderivados de doadores não testados para Hepatite C é considerada forma importante de transmissão. Seguindo entendimento de que o risco de adquirir HIV por exposição parenteral seja semelhante ao da Hepatite C, considera-se que esse risco tenha mesmo grau de importância para transmissão do HIV. No entanto, sabe-se que após a padronização dos processos de triagem pré-doação, estima-se que atualmente o risco de infecção por transfusão sanguínea está em torno de 0,001% por unidade de sangue transfundida (DONAHUE et al., 1992; KUPEK, 2004).

Com a introdução, a partir de 1993, da pesquisa de HIV na rotina da vigilância sanitária, especialmente nos hemocentros, os índices de HIV e hepatites pós-transfusional têm sido cada vez mais baixos, tornando as transfusões e os transplantes, vias raras de transmissão.

6.5 COMPORTAMENTO SEXUAL

Importante exposição de risco evidenciada nesta pesquisa foi relacionada ao comportamento sexual, onde tiveram associação estatisticamente significativa as variáveis: prática sexual com parceiros do mesmo sexo (homossexuais), não usar camisinha por nem sempre dispor, selecionar parceiros por atributos físicos e tipo de prática sexual via vaginal, sendo que nesta última a associação foi evidenciada como fator de proteção, ou seja, considerada de menor risco que outras vias de prática sexual, como a anal.

Estima-se que, a cada ano, um contingente de 4 milhões de jovens tornam-se ativos sexualmente no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco frente ao HIV. O aumento progressivo de doenças sexualmente transmissíveis

e a intensificação do consumo de drogas têm relação direta com risco e vulnerabilidade à infecção pelo HIV (BRASIL, 2013c).

No Brasil, desde o início da epidemia de Aids até aos dias atuais, a categoria de exposição por via sexual é responsável por 80,9% dos casos de Aids registrados, sendo 26,6% por relações homossexuais, 13,2% por bissexuais e 41,1% por heterossexuais. A via sanguínea (transfusão, hemofilia, UDI) soma 19%. Em 2013, a via sexual foi responsável por 94,9% das novas infecções e a sanguínea por 4,4% exclusivamente por UDI (BRASIL, 2014d).

A prática sexual nas prisões pode se dá de forma consensual, no entanto, há também ocorrências de vitimização sexual, por estupro e abuso sexual, que na maior parte são utilizados para exercer posição de dominância. Estudos revelam que 25% dos presos sofrem violência sexual a cada ano (WOLFF; BLITZ; SHI, 2007; BECK 2013). Strazza et al. (2007) apontam que a via sexual ainda é a principal via de disseminação do HIV em pessoas privadas de liberdade no Brasil.

Neste estudo, em relação à associação da positividade para HIV com prática homossexual, observa-se que as chances de infecção foram aumentadas quatro vezes em relação à prática heterossexual. Mais da metade dos soropositivos relataram relações sexuais com parceiros do mesmo sexo. Chama a atenção que esse dado pode ser ainda maior se considerarmos a intimidação dos internos em assumir e revelar sua orientação sexual, por receios de sofrer julgamentos morais, repressão e homofobia, posto que essas condutas preconceituosas e por vezes discriminatórias encontram-se ainda arraigadas de forma mais intensa em determinados locais que cultivam mais intensamente a masculinidade, por exemplo, a região Nordeste, incluindo o Piauí.

No contexto de uma epidemia generalizada e criminalização da homossexualidade, homens que fazem sexo com homens (HSH) estão entre os segmentos que menos buscam os serviços de saúde, tendo em vista o receio sobre a divulgação de sua orientação sexual no processo de acompanhamento aos problemas de sua saúde, vivenciados em virtude do seu comportamento sexual. Dessa forma, é necessário que os serviços de saúde possam garantir acesso e disponibilidade a esse público, para que os mesmos sintam-se motivados, responsáveis e apoiados no que se refere ao cuidado à saúde. Para tanto, é necessário abolir práticas estigmatizantes por parte dos profissionais da saúde (WIRTZ et al., 2014).

Baggaley, White e Boily (2010), em revisão sistemática do tipo meta-análise sobre risco de transmissão do HIV através do sexo anal, estimam que a prática sexual via anal receptiva tem risco aumentado de 1,4%, 18 vezes maior dentre as demais. Geralmente associada como característica exclusiva das relações homossexuais, mas, que não é rara também nas relações heterossexuais. Revela ainda, que nos EUA o número absoluto de mulheres praticando sexo via anal de forma desprotegida é sete vezes maior do que HSH.

As práticas sexuais via anal e vaginal na forma receptiva (passiva) conferem maior risco para infecção do HIV. No entanto, para os insertivos (penetrantes/ativos), a via anal confere mais risco que a vaginal, como revela estudo de Baggaley, White e Boily (2010), corroborando com achados desta pesquisa, que encontrou na via vaginal fator de proteção para infecção pelo HIV em até 8%. Desse modo, confirma-se que as relações homossexuais entre homens (prática sexual com parceiro do mesmo sexo) conferem maior exposição ao risco da infecção pelo HIV do que as heterossexuais (com sexo oposto).

Dentre as vias sexuais, o coito anal continua a ser o meio mais comum de transmissão do HIV em todo o mundo. A taxa de diagnóstico de HIV em homens homossexuais vem crescendo nas regiões da Austrália, Europa Ocidental e América do Norte. A compreensão detalhada da transmissibilidade do HIV através da relação sexual anal e dos fatores que acrescem o risco é de fundamental importância para a formulação de políticas de prevenção do HIV voltadas tanto para os homens homossexuais, como também é para as pessoas heterossexuais que praticam o sexo anal (GRULICH; ZABLOTSKA, 2010).

Ainda sobre a relação do risco ao HIV pelo comportamento sexual inadequado, observa-se o agravante de que mais da metade não faz seleção alguma de parceiros para manter relações sexuais e dentre a menor parcela que relatou realizar seleção, o faz com base ou na confiança ou na boa aparência física, ou seja, conferindo créditos de que pessoas conhecidas não possuam doenças sexualmente transmissíveis, e como se boa aparência física denotasse proteção ou isenção de doenças, ou ainda, que o porte físico do parceiro, naquele momento, fosse mais importante que a proteção da própria saúde.

O critério para seleção do parceiro “por atributos físicos”, mostrou-se estatisticamente associado à infecção pelo HIV na amostra, corroborando com achados do estudo de Gomes et al., (2012), que objetivaram investigar em que medida é dada importância às dimensões dos atributos desejáveis do parceiro ideal. Este, revelou que os homens concretamente apreciam atributos que enfocam qualidade “atlética”, segundo Escala de Atributos do Parceiro Ideal–EAPI, que descreve como “atlética,” uma pessoa sexy, sarada, boa forma, sensual e bonita.

Dessa forma, torna-se pertinente que os profissionais de saúde possam repensar a forma de realização de atividades educativas, devendo ser incluídas didáticas que possibilitem reflexão crítica sobre esse contexto, onde a população tenha condições de se perceber vulnerável de acordo com comportamento individual adotado e não apenas pelo que é repassado ditatorialmente como sendo de risco na rotina dos trabalhos educativos.

Ainda sobre comportamento sexual associado ao HIV, chama a atenção que mais da metade dos soropositivos não utilizaram preservativo ou somente fazem uso às vezes, inferindo-se que muito provavelmente adquiriram a infecção por esse motivo. E um indivíduo infectado com uma cepa de

HIV-1 pode ser reinfectado por uma segunda cepa heteróloga, a partir de um indivíduo diferente, após ter ocorrido a soroconversão (TIBÚRCIO; PASSOS, 2010).

Também é importante destacar a não utilização do preservativo por “não ter”, sugerindo fragilidades do sistema penal em disponibilizar adequadamente, conforme orientação do Ministério da saúde e da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, que recomendam adoção de estratégias para ampliação do acesso aos preservativos à população em geral e especialmente as populações específicas (BRASIL, 2009b; PIAUÍ, 2010).

Tal realidade também foi verificada em estudo recente, (NICOLAU et al., 2012b), o qual aponta que muitos detentos não recebem camisinha nas instituições penais e quando estas distribuem, o fazem de forma insuficiente e pontual, e ainda, que os presos muitas vezes partilham entre si o que sobra do baixo quantitativo recebido. Contudo, também pode ser consequência da deficiência dos serviços de saúde responsáveis pela acessibilidade aos insumos de prevenção do HIV/Aids, tendo em vista que não há a falta do preservativo, mas há a falta de disponibilização dos mesmos.

Instituições governamentais de Saúde Pública recomendam e orientam sobre a importância do acesso ao preservativo no ambiente prisional. Esta, constitui-se em uma das principais atividades de prevenção do HIV/Aids, sendo imprescindível efetivá-la, de modo a suprir as demandas locais (CDC, 2009; UNAIDS, 2014). Entende-se que seria adequado e oportuno a vinculação dessa atividade às ações de educação em saúde, como exemplo, o aconselhamento em HIV/Aids.

Aconselhamento é uma abordagem onde se busca estabelecer uma relação de confiança visando a proporcionar condições para que a pessoa avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/aids. Tem se configurado como uma estratégia de prevenção de suma importância, sendo parte essencial do processo de diagnóstico do HIV, contribuindo na redução do impacto da revelação do diagnóstico e na melhoria do autocuidado (BRASIL, 2006). Dessa forma, o aconselhamento é momento oportuno para se trabalhar a adesão ao preservativo, bem como desmistificar tabus que permeiam e influenciam a baixa adesão e permite aos sujeitos reflexão sobre suas vulnerabilidades e comportamentos de riscos e auxiliando-os no entendimento de suas autonomias e responsabilidades no cuidado à saúde.

Apesar de os achados serem preocupantes quanto ao não uso do preservativo, a maioria dos soropositivos relatou saber prevenir as DST e citaram a camisinha como sendo a principal forma de prevenção, corroborando com estudo de Nicolau et al. (2012b), que encontraram 98,7% reconhecendo a função protetora do preservativo. Tal fato possibilitou o entendimento de que apesar da deficiência dos serviços de saúde no tocante a proporcionar acesso aos insumos de prevenção, a questão do uso também percorre esfera comportamental e cultural. Nesse sentido, torna-se imprescindível a população se reconhecer como co-responsável por sua saúde e buscar efetivar de fato os comportamentos adequados de prevenção de doenças, que demonstram conhecer.

6.6 INFORMAÇÕES DA AMOSTRA SOBRE HIV/DST

A maioria dos investigados relatou ter algum conhecimento sobre o vírus e saber como se transmite, bem como reconheceu a relação sexual desprotegida como via principal de transmissão. A fonte de informação mais citada foi a mídia (televisão, internet, outras). Santos e Oliveira (2009) apontam que esse veículo de comunicação é atualmente importante fonte de conhecimento, muitas vezes suprimindo os espaços vazios de uma educação, que deveria ser oferecida na escola e na família.

Destaca-se, mesmo sem associação significativa, que mais da metade dos reagentes ao HIV relatou ter medo de adquirir DST, e mencionou como motivo principal o medo de adoecer gravemente e morrer. Tal achado permite refletir o quanto é difícil também para o profissional de saúde revelar o diagnóstico de soropositividade às pessoas, tendo em vista a especificidade do HIV em causar doença incurável e culturalmente associada à morte. Dessa forma, depreende-se a importância das instituições investirem em preparo teórico, prático e emocional dos profissionais da saúde, para que o momento do diagnóstico seja amparado de acolhimento, apoio e aconselhamento.

Guerriero, Ayres e Hearst (2002) fazem uma análise que vários fatores que envolvem o medo do HIV: a culpa de contaminar o parceiro, a angústia de conhecer a sorologia, o temor concreto de adoecer pela infecção e associações com a morte. Observa-se que a testagem para o diagnóstico do HIV geralmente representa grande impacto emocional, pela possibilidade de se constatar doente. Permeiam esse contexto, as fantasias da doença, o medo da perda da independência e da autonomia, as mudanças físicas, a inversão de papéis e o medo da evidência pública do diagnóstico.

Ressalva-se que o medo influencia na omissão à testagem para o HIV e conseqüentemente no diagnóstico precoce. Um resultado positivo leva o indivíduo, independentemente da idade, escolaridade e classe social, a situações e condições de rebaixamento da autoestima, falta de pertencimento, perda da identidade social e psicológica e, conseqüentemente, sofrimento psíquico (AMORIM; et al., 2014). Por esses e outros motivos torna-se importantíssimo o apoio, mediante o aconselhamento e às ações de educação em saúde, para desmistificar preconceitos e tabus, bem como propiciar prevenção de doenças, promoção da saúde e qualidade de vida.

Em síntese, os fatores de riscos que se mostraram estatisticamente associados à infecção pelo HIV nesta pesquisa, foram: uso de drogas ilícitas (do tipo “outras drogas”), prática sexual com parceiros do mesmo sexo (homossexuais), não usar camisinha por nem sempre dispor, selecionar parceiros por atributos físicos e tipo de prática sexual via vaginal. No entanto, após submissão ao modelo de regressão logística multivariado, evidenciaram significativamente associadas: prática homossexual, seleção de parceiros por atributos físicos e praticar sexo via vaginal, permanecendo este último como fator de proteção.

Frente ao exposto, percebe-se que o enfrentamento do HIV/Aids representa desafios significativos para as autoridades penitenciárias e de saúde pública. Considerando-se que as questões

relacionadas ao contexto do HIV/Aids dentro e fora de ambientes prisionais estão interligadas e, portanto, demandam ação coordenada.

6.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As pesquisas realizadas em ambiente prisional, especialmente tendo como amostra os internos, estão propícias à ocorrência de vieses de informação, no que diz respeito às respostas auto-declaradas, especialmente no tocante às variáveis relacionadas culturalmente ao preconceito e estigma, tais como múltiplos parceiros sexuais, tipo de sexo que pratica, compartilhamento de materiais, e também quando a resposta ocasionaria desobediência às normas da prisão, como no caso do uso de drogas. Logo, muitos fatores levam presos a alterarem suas respostas por receio de julgamentos morais e repressão.

Apesar de os entrevistadores possuírem experiência com a atividade de aconselhamento, cuja função dentre outras é o repasse de segurança, confiança e construção de vínculo, como também ter sido montada toda uma estrutura física planejada para que fosse garantida a individualidade e sigilo, certamente a população investigada não se sentiu totalmente à vontade para expor a sua intimidade, até mesmo porque se tratava de um primeiro e único contato. Ademais, a presença dos agentes penitenciários, mesmo que a certa distância da entrevista, porém dentro dos padrões determinados para segurança dos pesquisadores, pode ter ocasionado intimidação entre os internos.

Chamou a atenção a dificuldade do preso desvincular a atividade de pesquisa/saúde das atividades realizadas pelos profissionais da justiça no seu cotidiano. Muitos inclusive, antes de resolver se aceitariam participar, perguntaram a procedência da equipe da pesquisa. Alguns estavam desacreditados da prestação de cuidados, pelo histórico de não terem suas demandas de saúde solucionadas. Alguns chegaram até a relatar sinais e sintomas de doenças e solicitar soluções que fugiam inteiramente do alcance e proposta do estudo. Houve também relatos de estarem desconfiados de que a pesquisa fosse um inquerito da justiça para investigação sobre suas vidas, ou ainda que seriam cobaias de algum teste novo no mercado. Tal dúvida e receio foi desmistificado e devidamente explicado no aconselhamento pré-teste.

Outro fato observado em alguns internos foi um misto de sentimentos, como revolta, raiva, tristeza, frustração, que fizeram adotar comportamentos de desprezo e descaso em relação a sua saúde, ocasionando desatenção ou despreocupação em se concentrar para responder as perguntas da pesquisa. Tal fato pode ter ocasionado, por exemplo, contradições em respostas às questões.

Existem outras limitações além das relacionadas exclusivamente à população do estudo. O próprio ambiente prisional possui suas especificidades que dificultam e limitam a operacionalização de qualquer planejamento, tendo em vista que o presídio está sujeito a imprevistos e intercorrências, onde a mediação envolve várias articulações. Por exemplo, para viabilizar um estudo dessa natureza foi necessário um contingente extra de recursos humanos da segurança, para garantia da proteção não

só da equipe que adentra, mas também dos próprios trabalhadores e dos internos, que em sua maioria vivem ameaçados de morte pelas facções formadas entre eles. Alia-se ao fato, o rigor no cumprimento de normas, horários e rotinas do ambiente prisional, que muitas vezes vai de encontro ao ritmo da coleta de dados da pesquisa.

Vale salientar que a equipe de profissionais de saúde que coletou dados junto com a pesquisadora era formada predominantemente por mulheres, o que pode ter contribuído com atitudes que variaram de intimidação a exibição, tendo em vista que quase a totalidade dos presídios é composta por homens reclusos, sem contato com sexo o oposto na rotina.

Outra consideração, no levantamento e análise dos vieses, é a estigmatização do HIV/Aids, que permeia a sociedade e também o ambiente prisional, provocando o medo do diagnóstico, de se deparar com a possibilidade de se descobrir HIV positivo. Dessa forma, tornou-se difícil para equipe da pesquisa, em um único encontro, trabalhar reflexão e amadurecimento de opiniões já formadas. Sabe-se também que a infecção pelo HIV consolidou-se como associada a uma mudança na vida dos indivíduos, acarretando custos emocionais, financeiros e perdas de perspectivas de futuro.

7 CONCLUSÃO

Nesta investigação, verificou-se uma prevalência geral de 1,0% (IC 95%: 0,6 – 1,4) para a infecção pelo vírus HIV em internos das prisões do Piauí, sendo 1% dentre aqueles do sexo masculino e 1,3% entre as do sexo feminino. A “prática sexual com parceiros do mesmo sexo”, “selecionar parceiros por atributos físicos” e a “prática de sexual via vaginal” foram fatores estatisticamente associados à infecção pelo HIV ($p \leq 0,05$). Esses dados sugerem a transmissão sexual como importante forma de disseminação do HIV na amostra.

A enfermagem, por suas habilidades, competência técnica e compromisso com a saúde coletiva no contexto social brasileiro, deve colaborar para as ações de promoção da saúde e prevenção das DST no sistema prisional e para fomentar a produção científica, a fim de contribuir, tanto no aspecto das políticas públicas, como das práticas socioeducativas que possibilitam melhoria da assistência aos seres humanos, de forma ao cumprimento dos aspectos éticos da profissão: respeito à vida, à dignidade e direitos da pessoa humana, considerando as especificidades próprias à condição desses clientes no cenário.

Os resultados desta pesquisa evidenciam a necessidade de ações públicas de saúde, incluindo articulação entre esferas as governamentais e entre a gestão da saúde e da justiça, para elaborar estratégias, de modo a contemplar a demanda de saúde dos internos do sistema prisional do Estado. Este estudo sugere ações de ampliação do diagnóstico do HIV na admissão e rotina das unidades penais, atividades contínuas de educação em saúde para os internos, bem como capacitação dos

profissionais de saúde que compõem a equipe da justiça, de modo a fortalecer a promoção da saúde, prevenção e controle das DST/HIV/Aids no sistema prisional.

Considera-se que a pesquisa desenvolvida representa um avanço na produção de conhecimento acerca da saúde no sistema penitenciário do Piauí. Parece evidente a contribuição desse estudo, sobretudo por se tratar de pesquisa inédita no Estado e que se soma aos dados escassos na região nordeste do Brasil.

REFERÊNCIAS

- AILY, D.C.G; et al. Tuberculose, HIV e coinfeção por TB/HIV no Sistema Prisional de Itirapina, São Paulo, Brasil. *Rev Inst Adolfo Lutz*, São Paulo, v. 72, n.4, p. 288-94, 2013.
- ALBUQUERQUE, A. C. C.; et al. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v.19, n.7, p.2125-2132, 2014.
- ALQUIMIM, A. F. Comportamento de risco para HIV em população carcerária de Montes Claros (MG). *Unimontes Científica*, Montes Claros, v. 16, n. 1, jan./jun. 2014.
- ALTICE, F.L; et al. Predictors of HIV infection among Newly Sentenced Male Prisoners. *Journal of acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, Philadelphia, n.18, p.444-453, 1998.
- AMORIM, K.A; et al. Social contexto f positive living with HIV: a reflective study. *Revista de Enfermagem da UFPI-REUFPI*, Teresina, v.3, n.3, p.109-14, jul./set. 2014.
- ARAÚJO, R. C., JONAS, E., PFRIMER, I.A.H. Mulheres reclusas e vulnerabilidade ao vírus HIV/AIDS. *Estudos*, Goiânia, n.34, p.229-248, 2007
- ASSIS, R. D. A realidade atual no Sistema Penitenciário Brasileiro. *Revista CEJ*, Brasília, ano11, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.cjf.jus.br/revista/numero39/artigo09.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2014.
- BABUDIARI, S.; et al. Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: Results from a multicentre study in Italy. *Journal of Medical Virology*, v.76, n. 3, p.311-317, jul. 2005.
- BAGGALEY, R.F; WHITE, R.G; BOILY, M.C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International Journal of Epidemiology*, 2010;39(4):1048-1063. doi:10.1093/ije/dyq057.
- BECK, A. J; BERZOFKY M.; CASPAR, R.; KREBS, C. Sexual victimization in prisons and jails reported by inmates, 2011–12. National inmate survey, 2011–12. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics; 2013
- BELLAGUARDA, M.L.R.; et al. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, v. 2(3), p.180-183, 2011.
- BERRA, J.A.P; et al. Soroprevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C em mulheres do Centro de Ressocialização Feminino, Rio Claro, São Paulo. *Rev. Inst Adolfo Lutz*, 65(2):133-136, 2006.
- BERGH B.J.; et al. Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bull World Health Organ*, [S.l.], v.89, p.689–694, 2011.
- BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.16, n.4, p.261-278, out./dez.2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids. Brasília, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Brasília, 2008.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Consulta Nacional sobre HIV/Aids no Sistema Penitenciário. Brasília, 2009a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Nota técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS: Recomendações para a ampliação do acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2009b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Orientações para a implantação dos testes rápidos de HIV e Sífilis na atenção básica: rede cegonha. Brasília, 2012a.

Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Resolução n. 466/2012. Brasília, 2012b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2013a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Brasília, 2013b.

Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília, 2013c.

BRASIL, Ministério da Justiça. Secretaria de Atenção Básica. Portaria nº 482, de 01 de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2014a.

Ministério da Justiça. Portaria Interministerial Saúde e Justiça nº 01, de 02 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. Brasília, 2014b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2014c. .

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST, Brasília, ano 3, n. 1, 2014d.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2014e. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 07 out 2014.

Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. Sistema Nacional de Informação Penitenciária – InfoPen. Pesquisa Nacional por estatística da população carcerária no Brasil. Brasília, 2014f. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

BARRE-SINOUSI, F. HIV as the cause of AIDS. *Lancet*, v. 348(9019), p.31-35. 1996.

BUONAGURO, L.; TORNESELLO, M.L.; BUONAGURO, F.M. Human immunodeficiency virus type 1 subtype distribution in the worldwide epidemic: pathogenetic and therapeutic implications. *J Virol.*, v. 81(19):10209-19. 2007.

Bureau of Justice Statistics. U. S. Department of Justice. Bulletin, U.S.A. 2012. Disponível em: <<http://new.hivlawandpolicy.org>>.

BUTTÒ, S.; et al. Laboratory diagnostics for HIV infection. *Ann Ist Super Sanita*, v.46, n.1, p.24-33, 2010. doi:10.4415/ANN_10_01_04. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348616>>. Acesso em: 04 jan. 2015.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O Consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. Departamento e Instituto de psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). *Rev. Psiq. Clín.*, 35, supl 1; 70-75, São Paulo, 2008.

CARVALHO M. L., et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.11, p.461-471, 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.sp?iCve=63011223>>.

CARVALHO, S.M.L. Soroprevalência da infecção pelo vírus da hepatite b em usuários de crack no Piauí. 2013, 76f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, 2013.

CASTILHO, E. A.; KALIL, J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v.38, n.4, p.344-347, jul./ago, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. HIV/AIDS Surveillance General Epidemiology. 1982. Disponível em:<<http://www.cdc.gov/>>Acesso em: 07 out. 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings 1–17. *MMWR. EUA*, v. 55, n.14, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. HIV Testing Implementation Guidance for Correctional Settings. January 2009: 1-38. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/guidelines/correctional-settings> em 07/10/2014.

CHEQUER, P.; et al. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. The Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. *AIDS*, [s.l.], v. 6, p. 483-7, 1992.

COCOROS, N. Screening for Hepatitis C as a Prevention Enhancement (SHAPE) for HIV: an integration pilot initiative in a Massachusetts County correctional facility. *Public Health Rep*, 129 Suppl 1, p 5-11, 2014.

COCK, K.M.; JAFFE H.W.; CURRAN J.W. Reflections on 30 Years of AIDS. *Emerging Infectious Diseases*, v.17, n.6 p.1044–1048, 2011. PMC. Web. 7 Dec. 2014.

COELHO, H.C.; et al. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian Penitentiary. *Cad. Saúde Pública*, [s.l.], v.23, n.9, p.2197-2204, 2007.

COELHO, H. C. Prevalência e fatores de risco para a infecção do HIV na população carcerária masculina da penitenciária de Ribeirão Preto. 2004. 115 p. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-02082005-101114/>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

COHEN, S.M.; et al. The Detection of Acute HIV Infection, *The Journal of Infectious Diseases*, 2010.

COHEN, S.M.; et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N. Engl. J. Med.*, [s.l.], v. 365, p. 493-505, 2011.

COLOMBRINI, M.R.C.; COLETA, M.F.D.; LOPES, M.H.B.M. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 42, n.3, p. 490-5, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Proficiência. Atuação da Enfermagem na assistência à saúde da população carcerária. 2011. Disponível em:<http://www.proficiencia.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=11:a-atuacao-da-enfermagem-na-assistencia-a-saude-da-populacao-carceraria&catid=39:blog&Itemid=65>. Acesso em: 02 de fev. de 2015.

CUNHA, G.H.; GALVÃO, M.T.G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. *Acta Paul Enferm*, v. 23(4), p.526-32, 2010.

DAAR, E.S.; et al. Diagnosis of primary HIV-1 infection. Los Angeles County Primary HIV Infection Recruitment Network. *Ann. Intern. Med.*, v. 134, n. 1, p. 25-9, 2001

DAMAS, F. B. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.*, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 6-22, dez. 2012.

DEEKS, S. G. et al. Interruption of treatment with individual therapeutic drug classes in adults with multidrug-resistant HIV-1 infection. *J. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 192, n. 9, p. 1537-1544, 2005.

DE GOEDE, A.L., VULTO, A.G., OSTERHAUS, A.D., GRUTERS, R.A. Understanding HIV infection for the design of a therapeutic vaccine. Part I: Epidemiology and pathogenesis of HIV infection. *Annales pharmaceutiques francaises*. 2014. Disponível em:<<http://www.unboundmedicine.com/medline/?st=M&journal=Ann%20Pharm%20Fr>> Acesso em: 30 jan 2015.

DIUANA, V.; et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1887-1896, ago, 2008.

- DONAHUE JG; et al. The declining risk of post-transfusion hepatitis C virus infection. *N Engl J Med.* 1992; 327:369-73.
- DUAILIBI, L. B; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.24, n.4, p.545-557, 2008.
- DUARTE, M. T. C.; PARADA, C. M. G. L.; SOUZA, L. R. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, jan.-fev. 2014;22(1):. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>
- ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA DROGAS E CRIME – UNODC. HIV/Aids em Ambientes Prisionais: Prevenção, Atenção, Tratamento e Apoio. Viena, 2007. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/07-85461Prison_Framework_Portugese.pdf> Acesso em: 07 jan. 2015.
- ETCHEPARE, M. et al. Perfil de adolescentes usuários de crack e suas consequências metabólicas. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, v.55, n.2, p.140-46, 2011.
- FANALES-BELASIO, E; et al. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, v. 46, p. 5-14, 2010.
- FAZITO-REZENDE, E. L. L.; VASCONCELOS, A. M. N.; PEREIRA, M. G. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. *Braz. J. Infect. Dis.*,[s.l.], v. 14, n. 6, p. 558-563, 2010.
- FERNANDES, J.R.M.; et al. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 25(6), p.1369-1380, 2009.
- FREITAS, S.Z.; et al. HIV and HCV coinfection: prevalence, associated factors and genotype characterization in the Midwest Region of Brazil. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo*, v. 56(6), p. 517-24, 2014.
- FOCACCIA, R. *Tratado de Infectologia*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- FONSECA, M.G., BASTOS, F.I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad Saude Publica* 23 Suppl 3, S 333-344. 2007.
- GABE, C; LARA, G. M. Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. *RBAC, Rio Grande do Sul*, v. 40, n. 2, p. 87-89, 2008.
- GALVÃO, M.C.B; DAVIM, R.M.B. Vivência de mulheres encarceradas durante a gestação. *Revista de Enfermagem UFPE REUOL, Recife*, v.8, n.1, p.2277-80, jul. 2014.
- GARCIA, S.; SOUZA, F.M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc, São Paulo*, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.
- GARSON, G. D. *Multiple Regression de Statnotes: Topics in Multivariate Analysis*. 2010. Disponível em: <<http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/statnote.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2014.
- GÓIS, S. M. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo* v.17, n. 5, p. 1235-1246, 2012.

- GOMES; et al. Escolha do(a) Parceiro(a) Ideal por Heterossexuais: São seus Valores e Traços de Personalidade uma Explicação? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, [s.l],v.26, n.1, p.29-37, 2012. Disponível em:<www.scielo.br/prc>. Acesso em: 05 de jan. de 2015.
- GONÇALVES, K. K. História de vida e saúde no ambiente prisional de Goiás: estudo da prevalência da hepatite C em detentos. Dissertação(Mestrado) -Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.
- GOUGH, E.; EDWARDS, P. A soroprevalência do HIV e fatores de risco associados entre os reclusos do sexo masculino na Prisão Central de Belize. *Rev Panam Salud Publica* [online], v.25, n.4, p.292-299, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000400002&lng=em>. Acesso em: 31 jan. 2015.
- GRULICH A.E.; ZABLOTSKA I. Commentary: Probability of HIV transmission through anal intercourse. *Int. J. Epidemiol.* (2010) 39 (4):1064-1065.doi: 10.1093/ije/dyq101First published online: May 28, 2010
- GUERRIERO, I.; AYRES, J. R.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 50-60, 2002.
- HAGHDOOST A.; et al. HIV trend among Iranian prisoners in 1990s and 2000s; analysis of aggregated data from HIV sentinel sero-surveys. *Harm Reduction Journal.* (2013). Disponível em:<<http://www.harmreductionjournal.com/content/10/1/32>> Acesso em: 31 jan. 2015.
- HANN, B.H; et al. AIDS as a zoonosis: scientific and public health implications. *Science*, [s.l]n.287, p.60 –14, 2000.
- HERMANSTYNE, K. A. et al. The association between use of non-injection drug implements and hepatitis C virus antibody status in homeless and marginally housed persons in San Francisco. *J. Public Health (Oxf)*.,[Inglaterra], v.34, n.3, p.330-339, 2012.
- HINRICHSEN, S. L. DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- HOFFMAN, C.; ROCKSTROH, J. K.; KAMPS, B. S. HIV Medicine 2007. 15. ed. Flying Publisher, 2007.
- HOSMER D.W.; LEMESHOW, S. Applied logistic regression.2.ed. New York: Wiley, 2000.
- ICTV. International Committee on Taxonomy of Viruses. Master Species List (MSL), Version 2, 25 Mar 2013.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Atlas do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010.
- JAWETZ; MELNICK; ALDALBERG’S. Medical Microbiology. 24. ed. Mc GrawHill Medical, 2007.
- KHEIRANDISH P. et al. Prevalence and Correlates of Hepatitis C Infection among Male Injection Drug Users in Detention, Tehran, Iran. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2009;86(6):902-908. doi:10.1007/s11524-009-9393-0.
- KUCHENBECKER, R., FERREIRA, J., BARCELLOS, N.T. Infecção pelo HIV em Adultos: Parte II. In: Duncan B, Schmidt MI, Giuliani ER, editores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3.^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

- KUMMERLE, D. R., EARLYWINE, V. An overview of HIV infection. Pharmacy Times. p. 68-73, 1996.
- KUPEK E. Transfusion risk for hepatitis B, hepatitis C and HIV in the state of Santa Catarina, Brazil, 1991-2001. Braz J Infect Dis., [s.l],v.8, p.236-40, 2004.
- LATIMER.; et al. Prevalence and correlates of Hepatitis C among injection drug users: The significance of duration of use, incarceration and ace/ethnicity. Journal of drugissues, [s.l], v. 39, n.4, p.893-904, 2009.
- LANGFORD, S.E., ANANWORANICH, J., COOPER, D.A. Predictors of disease progression in HIV infection: a review. AIDS Res. Ther., 4:11, 2007.
- LAZZAROTTO, A.R.; DERESZ, L.F.; SPRINZ, E. HIV/AIDS e Treinamento Concorrente: a Revisao Sistemática, Rev Bras Med Esporte, v.16, n 2 – Mar/Abr, 2010.
- LOPES, F.; et al. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na penitenciária feminina da capital, São Paulo, 1997-1998. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1473-1480, nov./dez, 2001.
- MACALINO GE; et al. Prevalence and Incidence of HIV, Hepatitis B Virus, and Hepatitis C Virus Infections Among Males in Rhode Island Prisons. American Journal of Public Health, [S.l], v.94, n.7, p.1218-1223, 2004.
- MAERRAWI, I. El. Estudo dos fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis e suas prevalências em população carcerária de São Paulo. 2012. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2012.
- MANAVI, K. A review on infection with human immunodeficiency virus. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology, v. 20, p. 923-940. 2006.
- MARCELINI, A.G.; et al. Resistanceto novel drug class. Current Opinion in HIV and AIDS, v.4, n.6, p.531-537, 2009.
- MARQUES, N.M.S.; et al. Seroepidemiological survey of transmissible infectious diseases in a Portuguese prison establishment, Braz J Infect Dis, v.15(3), p 272-275, 2011.
- MARINS, J. R. P.; et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. AIDS, [S.l.], v. 17, p.1675-1682, 2003.
- MARTIN, R. E.; et al. Drug use and risk of bloodborne infection: a survey of female prisoners in British, Columbia. Can J Public Health, [Colombia], v.6, n.1, p.93-96, 2005.
- MARTINS, S. S.; MARTINS, T. S. S. Adesão ao tratamento antirretroviral: vivências de escolares. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v.20, n.1, p.111-118, jan./mar. 2011.
- MARTINS, T; SCHIAVON, JLN; SCHIAVON, LL. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. Rev Assoc. Med. Bras., Tubarão, SC, v.57, n.1, p.107-112, 2011.
- MATIDA, L. H.; et al. Ampliação da sobrevivência de crianças com aids: uma resposta brasileira sustentável. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico AIDS DST, Brasília, Ano 5, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2008_versao1_6.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

- MIRANDA, A.E.; ZAGO, A.M. Prevalência de infecção pelo HIV e sífilis em sistema correcional para adolescentes. DST J Bras. Doenças Sex. Transm, Vitória, ES, v.13, n. 4, p.35-9, 2001.
- MONTANER, J. S. G.; et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. Lancet Infect. Dis., [S.l.], v. 376, p. 532-39, 2010.
- MORGADO, M.G.; et al. Molecular epidemiology of HIV in Brazil: polymorphism of the antigenically distinct HIV-1 B subtype strains. The Hospital Evandro Chagas AIDS Clinical Research Group. Mem Inst Oswaldo Cruz, v. 93(3): 383-6, 1998.
- NAVADEH, S.; et al. HIV prevalence and related risk behaviours among prisoners in Iran: results of the national. Sex Transm Infect. 2013;89:iii33-iii36. Biobehavioural survey, 2009.
- NASCIMENTO, M. G. Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV na população carcerária do complexo prisional de Aparecida de Goiânia. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2012.
- NICOLAU, A. I.O.; PINHEIRO, A.K.B. Condicionantes sócio-demográficos e sexuais do conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso de preservativos. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 21, n.3, p.581-90, jul./set. 2012a.
- NICOLAU, A. I. O. Conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso de preservativos masculino e feminino. 2012b. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012b.
- NICOLAU, A. I. O.; et al. Retrato da realidade socioeconômica de mulheres presidiárias. Acta Paul Enferm., São Paulo, v.25, n.3, p.386-92, 2012c.
- NOKHODIAN, Z.; et al. Prevalence and Risk Factors of HIV, Syphilis, Hepatitis B and C Among Female Prisoners in Isfahan, Iran. Hepat Mon, v.12, n.7, p.442-447, jul. 2012.
- OARAC - Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council. Department of Health e Human Services – USA. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents, 2014. Disponível em: <<http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>>. Acesso em: 28 dez. 2014
- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev. Saúde Pública., São Paulo, v.42, n.4, p.664-71, 2008.
- PAPATHANASOPOULOS, M. A.; et al. Evolution and diversity of HIV-1 in África-a review. Virus Genes, [s.l.], v.26, n.2, p.151-163, 2003.
- PARHAM, P. O Sistema Imune. Porto Alegre, RS: Artmed; 2000.
- PASCHOAL, E. P.; et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 32-40, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140005>>. Acesso em: 28 dez. 2014.
- PAVIE, J.; et al. Sensitivity of Five Rapid HIV Test on Oral Fluid or Finger-Stick Whole Blood: A Real-Time Comparison in a Healthcare Setting. Plosone, v.5, p.1-7, jul. 2010.

- PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Técnica nº 03/2010. Ampliação do acesso aos Preservativos nos serviços de saúde. Teresina: Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde, 2010.
- PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria da Justiça e de Direitos Humanos. Plano de Atenção a Saúde do Sistema Penitenciário do Estado do Piauí - POE. Relatório, 74p. Teresina, 2013a.
- PIAUI. Secretaria da Justiça e de Direitos Humanos. Relatório de Situação. Sistema de Informação e Administração Penitenciária do Piauí – SIAPEN/PI. 6p, Teresina, 2013b.
- PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Informe Epidemiológico das DST/HIV/Aids. Teresina: Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde, 2014.
- PRELLWITZ, I.M.; et al. HIV Behind Bars: Human Immunodeficiency Virus Cluster Analysis and Drug Resistance in a Reference Correctional Unit from Southern Brazil. PLoS ONE, v 8(7), p 1-6, 2013.
- PRITHWISH, de; CONNOR, N, BOUCHARD, F, SUTHERLAND, D. HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: A critical opportunity for care and prevention. Can J Infect Dis Med Microbiol, [S.l], v.15, n.4, p.221-225, jul./ago. 2004.
- REEKIE, J.M.; et al. Trends in HIV, hepatitis B and hepatitis C prevalence among Australian prisoners - 2004, 2007, 2010. Med J Aust; v. 200(5), p. 277-80, 2014.
- ROBBINS, S.L. Fundamentos de Robbins: patologia estrutural e funcional. 6.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- ROSSETTI, M. L.; SILVA, C. M. D.; RODRIGUES, J. J. S. Doenças infecciosas: diagnóstico molecular. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ROSA, F.; et al. Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade. Rev. AssocMedBras, Rio Grande do Sul, v.58, n.5, p. 557-560, 2012.
- RUBBERT, A.; BEHRENS, G.; OSTROWSKI, M. HIV Medicine. Paris: Flying Publisher, 2006.
- SÁ, L.C.; et al. Soroprevalência da Hepatite C e fatores associados em usuários de crack. Rev. Latino-Am. Enfermagem, São Paulo, v. 21, n. 6, p.1195-202, nov.-dez. 2013.
- SÁIZ DE LA HOYA, P.; et al. Factores predictivos de infección por el VIH, VHC y coinfección em la población reclusa de una prisión española. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin., v. 23, n. 2, p.53-57, fev. 2005.
- SANTOS, E.S.; et al. Diversidade genética do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) em mulheres infectadas de uma cidade do nordeste do Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 31(12), p. 609-14, 2009.
- SANTOS, S. M. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Knowledge about aids and drugs among undergraduate students in a higher education institution in the state of Paraná. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.17, n.4, ago. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23/12/2014.

- SANTOS, F.S.; et al. Cuidados de enfermagem em situação de cárcere segundo Waldow: entre o profissional e o expressivo. *Enfermería Global*, n 31, p. 303-315, 2013.
- SEMAILLE, C. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveill*, v. 18(28), 2013.
- SCHAECHTER, M.; et al. *Microbiologia: mecanismos das doenças infecciosas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- SCHAPER, L. C. Prevalência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em mulheres reclusas da agência prisional de Goiás e a sua vulnerabilidade a esse agravo. 2005. 56 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.
- SILVA JÚNIOR, F.J.G.; MONTEIRO, C.F.S. Os significados da morte e do morrer: a perspectiva de usuários de crack. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v.20, n.2, mar./abr. 2012.
- SOLOMON, L.; et al. Survey Finds That Many Prisons And Jails Have Room To Improve HIV Testing And Coordination Of Postrelease Treatment. *Health Aff*, v.33 n.3, p.434-442, mar. 2014. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/>>. Acesso em: 04 jan. 15.
- SOLOMON, L.; et al. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B, and hepatitis C among entrants to Maryland correctional facilities. *J Urban Health*, v.81, n.1, p.25-37, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15047781>>. Acesso em: 31 jan. 2015.
- SOUSA, A. M. A epidemia pelo hiv/aids e suas repercussões sobre a saúde da população moçambicana (1986 a 2003). 2007. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.
- 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, set./out. 2010.
- STRAZZA, L., AZEVEDO R. S., CARVALHO H. B. Prevenção do HIV/Aids em uma penitenciária-modelo feminina de São Paulo – SP, Brasil. *DST – J Bras Doenças Sex Transm*, v.18, n.4, p. 235-240, 2006.
- STRAZZA, L.; et al. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v.23, n.1, p.197-205, 2007.
- STYER, L. M.; SULLIVAN, T. J.; PARKER, M. M. Evaluation of an alternative supplemental testing strategy for HIV diagnosis by retrospective analysis of clinical HIV testing data. *Journal of Clinical Virology*, [S.l.], p. S35– S40, 2011.
- TAYLOR, B.S.; et al. The challenge of HIV-1 subtype diversity. *N Engl J Med.*, v. 358(15): 1590-602, 2008.
- TEIXEIRA, M. G.; SILVA, G. A. The representation of HIV carriers about antirretroviral treatment. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo*, v.42, n. 4, p.725-732, 2008.
- TIBÚRCIO, A.S; SALLES, R.S; PASSOS, F.D.L. Superinfecção pelo HIV-1: uma Breve Revisão da Literatura. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, v. 22(1): 16-21, 2010.

- UNAIDS. United Nations Programme on HIV/AIDS. A ONU e a resposta à aids no Brasil. 2013. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/>>. Acesso em: 07 jan. 2015
- UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Global Report. Geneva: UNAIDS, 2014. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgareport>>. Acesso em: 07 jan. 2015.
- VALENTE, A.M.M.; et al. Alterações Metabólicas da Síndrome Lipodistrófica do HIV. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., v. 49, p. 871-81, 2005.
- VAN HANDEL, M.; et al. Newly Identified HIV Infections in Correctional Facilities, United States, 2007. American Journal of Public Health. Supplement 2, vol 102, n. 2, 2012.
- VIDAL, N.; et al. Unprecedented degree of human Immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) group M genetic diversity in the Democratic Republic of Congo suggest that the HIV-1 pandemic originated in central Africa: Journal of Virology; 74:10498-507, 2000.
- VON DIEMEN, L. et al. Risk behaviors for HCV- and HIV-seroprevalence among female crack users in Porto Alegre, Brazil. Arch Womens Ment Health., [s.l] v.13, p.85–191, 2010
- WALMSLEY, R. World prison population list. 9.ed. Londres: ICPS, 2011. Disponível em: <www.prisonstudies.org>. Acesso em: 15 dez. 2014.
- WEISS, H. A.; HAWKES, S. An overview of the global epidemiology of HIV/aids. Leprosy Review, v.72, p. 92-98, 2001.
- WHO – World Health Organization. Global update on the health sector response to HIV. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/update2014/en/>>. Acesso em: 04 jan. 2015.
- WIRTZ A.L.; et al. A qualitative assessment of health seeking practices among and provision practices for men who have sex with men in Malawi. BMC International Health and Human Rights, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-698X/14/20>>. Acesso em: 04 jan. 2015.
- WOLFF N, BLITZ C.L, SHI J. Rates of sexual victimization in prison for inmates with and without mental disorders. Psychiatr Serv., [s.l] v.58, n.8, p.1087–1094, 2007.
- ZDANOWICZ, M. M. The Pharmacology of HIV Drug Resistance. American Journal of Pharmaceutical Education, v.70, n.5, p.1 – 9, 2006.
- ZEREMSKI, M.; et al. Hepatitis C virus-specific immune responses in noninjecting drug users. J. Viral Hepat., [Inglaterra], v.9, n.8, p.554–59, 2012.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO USADO PARA A COLETA DE DADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

PREVALÊNCIA DE DST E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NO SISTEMA PRISIONAL DE UM ESTADO DO NORDESTE

Formulário N° | _____ | Iniciais: _____

Data da Entrevista: ____/____/____ Sexo: !__!

Nome do Entrevistador (a): _____

Nome/município da Unidade Prisional: _____

PARTE 1 – DADOS PESSOAIS

Eu vou iniciar o questionário com algumas perguntas sobre você.

1. Você é natural de qual estado?	
2. Em qual estado/município você tem residência?	
3. Quantos anos você tem?	!__!
4. Observe a cor do participante: 1- branca 2- negra 3- amarela 4- mista/mestiça/parda 5- outra	!__!
5. Qual é a sua situação conjugal? 1- solteiro 2- casado/amigado/vive com companheira 3- Separado 4- viúvo	!__!
6. Você tem filhos? 1- Sim 2- Não	!__!
7. Caso sim, quantos?	!__!
8. Você frequentou escola? 1- Não 2- Sim	!__!
9. Caso sim, você estudou quantos anos ?	!__!
10. Qual a sua renda mensal ? (em salário mínimo)	!__!
11. Qual é sua renda familiar atual (SM) (ou seja, somando os rendimentos de todos os membros dos seus familiares)? () não sabe informar	!__!
12. Você tem plano de saúde? 1- Sim 2- Não	!__!
13. Qual a sua religião? 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Nenhuma 5. Outra: especificar _____	!__!

PARTE 2 – DADOS RELACIONADOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

1. Você faz uso de algum tipo de bebida alcoólica? 1. Sim 2. Não (Caso não, pular para a questão 5)	!__!
2. (Caso sim), enumere, por ordem de consumo qual(is) as bebidas alcoólicas utilizadas com mais frequência: 1. Cerveja 2. Cachaça 3. Whisky 4. Vodca 5. Rum 6. Conhaque 7. Vinho 8. Outra: qual? _____ (pode responder mais de uma)	!__!
3. Com que frequência você usa bebida alcoólica, em média? 1. Diariamente 2. 1 vez por semana 3. 2 a 3 vezes por semana 4. 4 a 5 vezes por semana 5. Outra: _____	!__!
4. Há quanto tempo você faz uso de bebida alcoólica: 1. 1 a 5 anos 2. 6 a 10 anos 3. 11 a 15 anos 4. mais de 16 anos	!__!
5. Você faz uso de cigarro? 1. Sim 2. Não 3. Usava, mas parei.	!__!
6. Você utiliza(va) algum tipo de droga ilícita? 1. Sim 2. Não (Caso não, pular para a parte 3) 3. Usava, mas parei.	!__!
7. Caso sim, qual(is) a(s) droga(s) que você mais utiliza(va): 1. Anfetaminas "arrebites" 2. Crack 3. Cocaína 4. Maconha 5. Anabolizantes 6. Ansiolíticos 7. Injetável 8. Outros: especificar _____ (resposta múltipla)	!__!
8. Com relação à esta droga, marque com que frequência o senhor utiliza(va), em média? 1. Diariamente 2. Uma vez por semana 3. 2 a 3 vezes por semana 4. 4 a 5 vezes por semana 5. Outra: especificar: _____	!__!

CONTINUAÇÃO DO APÊNDICE A – INSTRUMENTO USADO PARA A COLETA DE DADOS

PARTE 3 – DADOS RELACIONADOS À EXPOSIÇÃO PARENTERAL

1. Você fez transfusão de sangue antes de 1993? 1. Sim, ano: _____ 2. Não	! !
2. Você já fez alguma cirurgia? 1. Sim 2. Não	! !
3. Caso sim, qual? _____ E em que ano? _____	
4. Você já fez uso de gluconergan? (Explicar ao sujeito de que se trata) 1. Sim, ano: _____ 2. Não	! !
5. Você compartilha ou já compartilhou material cortante? (Explicar ao sujeito: material de manicure e pedicure e/ou lâminas de barbear) 1. Sim 2. Não	! !
6. Você já fez tatuagem? 1. Sim, ano: _____ 2. Não	! !
7. Você já colocou piercings? 1. Sim, ano: _____ 2. Não	! !
8. Caso sim, você já fez uso frequente de seringas de vidro? 1. Sim, ano: _____ 2. Não	! !

PARTE 4 – DADOS RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL

Antes de concluir esta entrevista, vamos lhe fazer algumas perguntas de caráter mais íntimo e que são fundamentais para esta pesquisa, por favor não se ofenda com o estilo das perguntas

1. Você costuma ter relações sexuais: 1. somente com mulheres 2. somente com homens 3. não importa ser do sexo feminino ou masculino	! !
2. Você, atualmente, tem apenas uma parceira sexual? 1. Sim 2. Não	
3. Você teve em média quantas parceiras sexuais nos últimos 6 meses? _____	! !
4. Você seleciona com quem transar? 1. Sim 2. Não	! !
5. Caso sim, como faz esta seleção? _____	
6. Usa camisinha nas suas relações sexuais casuais? 1. Sempre 2. Nunca 3. Às vezes	! !
7. Caso não, porque não usa? 1. Não gosta 2. Nem sempre tem camisinha 3. Acredita na proteção divina 4. Só transa com pessoas "limpas" 5. Outros: especificar _____	! !
8. Caso use bebida alcoólica, você costuma(va) utilizar bebidas alcoólicas antes das relações sexuais? 1 Sim 2 Não	! !
9. Caso use droga, você costuma(va) utilizar antes das relações sexuais? 1. Sim 2. Não	! !
10. Que tipo de sexo você pratica? 1. Vaginal 2. Anal 3 Oral (resposta múltipla)	! !

PARTE 5 – DADOS RELACIONADOS À INFORMAÇÃO SOBRE DST's (HIV/Aids, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis)

Com estas perguntas nós finalizamos a nossa entrevista

1. Você tem alguma informação sobre HIV/Aids? 1. Sim 2. Não	! !
2. Você sabe como o HIV é transmitido? 1. Sim 2. Não 3. Em parte	! !
3. Caso sim, como é? 1. Sangue 2. Relações sexuais desprotegidas 3. T. vertical 4. Pelo abraço 5. Outros: especificar _____ (Resposta múltipla. Não ler as alternativas)	! !
4. Você tem alguma informação sobre Hepatite B? 1. Sim 2 Não	! !
5. Você sabe como o vírus da Hepatite B é transmitido? 1. Sim 2. Não 3. Em parte	! !
6. Caso sim, como é? 1. Sangue 2. Relações sexuais desprotegidas 3. T. vertical 4. Pelo abraço 5. Outros: especificar _____ (Resposta múltipla. Não ler as alternativas)	! !
7. Você sabe se existe vacina contra Hepatite B? 1. Sim 2. Não	
8. Você tem alguma informação sobre Hepatite C? 1. Sim 2. Não	! !
9. Você sabe como o vírus da Hepatite C é transmitido? 1. Sim 2. Não 3. Em parte	! !
10. Caso sim, como é? 1. Sangue 2. Relações sexuais desprotegidas 3. Compartilhar materiais perfurocortantes 4. Outros: especificar _____ (Resposta múltipla. Não ler as alternativas)	! !
11. Você tem alguma informação sobre sífilis? 1. Sim 2 Não	! !
12. Você sabe como a sífilis é transmitida? 1. Sim 2. Não 3. Em parte	! !
13. Caso sim, como é? 1. Sangue 2. Relações sexuais desprotegidas 3. T. vertical 4. Pelo abraço 5. Outros: especificar _____ (Resposta múltipla. Não ler as alternativas)	! !
14. Qual foi a fonte de informação? 1. Televisão 2. Serviço de saúde 3. Leitura 4. Internet 5. Outra: especificar _____ (resposta múltipla).	! !
15. Você teve alguma DST na vida? 1. Sim 2. Não Caso sim, Qual? _____	! !
16. Você sabe como prevenir DST? 1. Sim 2. Não	! !
17. Caso sim, Como é? _____	
18. Você tem medo de pegar DST? 1. Sim 2. Não	! !
19. Caso sim, Por quê? _____	

Muito Grata pela sua colaboração. Estamos à disposição para algum esclarecimento.

RESULTADO DO TESTE-RÁPIDO PARA HIV: _____

RESULTADO DO TESTE-RÁPIDO PARA HEPATITE B : _____

RESULTADO DO TESTE-RÁPIDO PARA HEPATITE C: _____

RESULTADO DO TESTE-RÁPIDO PARA SÍFILIS: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Prevalência de DST e fatores de risco associados no sistema prisional de um Estado do Nordeste.

Pesquisador responsável: Telma Maria Evangelista de Araújo

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 3215 5559

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “Prevalência de DST e fatores de risco associados no sistema prisional de um Estado do Nordeste”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Após ser **esclarecido** (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Também esclarecemos que a qualquer momento você terá o direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo na sua etapa final, sem nenhum ônus ou prejuízos.

Objetivo do estudo: Investigar a prevalência de DST e fatores de risco associados em internos de presídios do Piauí.

Justificativa: Estudar o comportamento das DST em unidades prisionais torna-se relevante à saúde pública, uma vez que os seus detentos poderão contribuir para a disseminação dessas infecções. O estudo auxiliará na elaboração de estratégias no enfrentamento aos problemas encontrados.

Procedimentos: Sua participação consistirá no preenchimento do formulário, respondendo às perguntas formuladas que abordam sobre os seus dados pessoais, comportamento de risco e informações sobre DST. Além disso, a sua participação também deverá ocorrer por meio da coleta de uma pequena quantidade de sangue para realização do teste rápido para detecção dos anticorpos anti-HIV, sífilis, hepatite B e C através de punção em polpa digital.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, além de beneficiar, diretamente, o sujeito. Caso o resultado seja REAGENTE, você será orientado sobre o tratamento e encaminhado ao Serviço de Atendimento Especializado Estadual. Caso seja NÃO-REAGENTE, você receberá orientações de prevenção para DST/AIDS.

Riscos: O preenchimento deste formulário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Algumas perguntas de ordem pessoal podem trazer certo desconforto, mas elas serão utilizadas apenas no âmbito da pesquisa. Informamos também que em qualquer etapa do estudo, se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer outra informação, você terá garantia de acesso a profissional responsável pelo estudo: Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo, a qual trabalha no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Telefones para contato: (86) 3215-5559. Endereço para correspondência: Av. Petrônio Portela, S/N - Campus Ininga. Departamento de Enfermagem. Teresina/PI CEP 64049-550. Com relação à coleta do sangue, embora a picada da lanceta traga um pequeno desconforto, não haverá riscos, considerando que o material a ser utilizado é rigorosamente esterilizado, as lancetas e pipetas são descartáveis e os coletadores são enfermeiros habilitados na técnica, com experiência em punção digital.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Prevalência de DST e fatores de risco associados no sistema prisional de um Estado do Nordeste”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

_____, _____ de _____ de _____.

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

Petrônio Portella - Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO HIV E FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO ALCÓOL E OUTRAS DROGAS NO SISTEMA PRISIONAL DO PIAUÍ.

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14237813.9.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 335.963

Data da Relatoria: 17/07/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta-se de acordo com a em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivos: Investigar a prevalência da infecção pelo HIV e fatores associados em internos de presídios do Piauí. Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sócio-demográficos; Investigar os fatores de riscos associados ao uso de álcool e outras drogas entre a população do estudo; Identificar práticas sexuais (uso de preservativos, parcerias sexuais); Levantar dificuldades e/ou facilidades relacionadas às práticas de prevenção do HIV; Identificar informações da amostra relacionadas à transmissão do HIV; Levantar a prevalência de infecção pelo HIV na população em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão descritos no projeto e TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa epidemiológica, descritiva, transversal a ser desenvolvida por meio da técnica de

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga S310 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

Página 01 de 02

CONTINUAÇÃO DO ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO HIV E FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO SISTEMA PRISIONAL DO PIAUI.

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14237813.9.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 335.963

Data da Relatoria: 17/07/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta-se de acordo com a em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivos: Investigar a prevalência da infecção pelo HIV e fatores associados em internos de presídios do Piauí. Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sócio-demográficos; Investigar os fatores de riscos associados ao uso de álcool e outras drogas entre a população do estudo; Identificar práticas sexuais (uso de preservativos, parcerias sexuais); Levantar dificuldades e/ou facilidades relacionadas às práticas de prevenção do HIV; Identificar informações da amostra relacionadas à transmissão do HIV; Levantar a prevalência de infecção pelo HIV na população em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão descritos no projeto e TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa epidemiológica, descritiva, transversal a ser desenvolvida por meio da técnica de

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

Página 01 de 02

REALIZAÇÃO:

SEVEN
publicações acadêmicas

ACESSE NOSSO CATÁLOGO!



WWW.SEVENEVENTS.COM.BR

CONECTANDO O **PESQUISADOR** E A **CIÊNCIA** EM UM SÓ CLIQUE.