



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA SOLEDADE GARCIA BENEDETTI

SOROPREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS (IST) EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE DO ESTADO
DE RORAIMA

Boa Vista, RR

2018

MARIA SOLEDADE GARCIA BENEDETTI

SOROPREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS (IST) EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE DO ESTADO
DE RORAIMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alex Jardim da Fonseca

Boa Vista, RR

2018

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

B462s Benedetti, Maria Soledade Garcia.

Soroprevalência e fatores associados ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) em mulheres privadas de liberdade no Estado de Roraima /Maria Soledade Garcia Benedetti. – Boa Vista, 2018.

90 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Alex Jardim da Fonseca.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – HIV. 2 – Infecção sexualmente transmissível. 3 – Mulheres. 4 – Prevalência. 5 – Roraima. I – Título. II – Fonseca, Alex Jardim da (orientador).

CDU – 616.988(811.4)

MARIA SOLEDADE GARCIA BENEDETTI

SOROPREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS (IST) EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE DO ESTADO
DE RORAIMA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima. Área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Defendida em 30 de outubro de 2018 pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Allex Jardim da Fonseca

Orientador e Docente do Curso de Medicina – UFRR

Prof. Dr. Alexander Sibajev

Docente do PROCISA e do Curso de Medicina – UFRR

Prof^a. Dr^a. Bianca Jorge Sequeira Costa

Docente do Curso de Medicina – UFRR

Aos Mestres,
em especial ao meu orientador,
Prof. Dr. Allex Jardim da Fonseca,
pela acolhida e apoio,
fundamentais para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, somente foi possível devido o apoio irrestrito do meu orientador Prof. Dr. Allex Jardim da Fonseca, a quem agradeço imensamente.

Agradeço à Universidade Federal de Roraima (UFRR) por ter criado o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA), e assim, permitido a ampliação do meu conhecimento na área da ciência da saúde.

Aos professores do PROCISA por compartilharem seus conhecimentos e vivências.

Aos colegas de mestrado pelo convívio harmonioso e pelo estímulo na busca do conhecimento.

A diretora geral da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Fernanda Marques, e sua equipe pela receptividade e apoio para a realização desta pesquisa.

Ao Núcleo de Controle de DST/HIV/AIDS e o Núcleo de Controle das Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima pela disponibilização dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatite B usados na pesquisa.

Aos colegas médicos Dra Helvya Rochelle Távora Minotto e Dr Roberto Carlos Carbonell Cruz pela grande ajuda na execução desta pesquisa.

A colega e Prof. Dra. Bruna Kempferr Bassoli pelos ensinamentos de bioestatística.

Aos meus alunos do curso de medicina da UFRR, Audrey Stella Akemi Nogami, Beatriz Belo da Costa, Herberth Iago Feitosa da Fonsêca, Igor dos Santos Costa, Ítallo Almeida, Luana de Miranda, Matheus Mazzaro, Renan da Silva Bendes, Suzani Naomi Higa e Thales de Souza Israel, por participarem desta pesquisa desde o início.

E em nível pessoal, agradeço aos meus filhos por entenderem as ausências, pelo apoio incondicional e pela paciência nos momentos de angústia, assim como aos meus familiares que me apoiaram nesse processo.

“Todos querem o perfume
das flores, mas poucos
sujam suas mãos para
cultivá-las”.

(Augusto Cury)

RESUMO

No mundo todo, estudos apontam que a infecção do HIV entre pessoas privadas de liberdade é mais elevada do que entre a população geral. Objetiva-se nessa pesquisa avaliar a prevalência da infecção pelo HIV e outras IST entre as mulheres privadas de liberdade do Estado de Roraima. Foi realizado um estudo de corte transversal nos meses de outubro e novembro de 2017, no qual 168 detentas da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista (RR) foram avaliadas, por meio de entrevista e coleta de sangue para a realização de testes rápido. A prevalência de alguma IST foi de 20,2%, de HIV (4,7%), de sífilis (15,5%) e de hepatite B (0,0%). Na análise univariada foram estatisticamente significativas as seguintes variáveis: mais de 30 anos de idade ($p=0,007$), escolaridade até o ensino fundamental ($p=0,003$), não saber o que é aids ($p=0,01$), até 50% de acertos nas questões sobre conhecimento do uso da camisinha ($p=0,02$), não achar que tem risco de pegar sífilis ($p=0,01$), não achar que tem risco de pegar hepatite B ($p=0,04$), uso de cocaína injetável ($p=0,02$), e sofreu abuso sexual na prisão ($p=0,02$). A análise multivariada confirmou como fatores associados para adquirir uma IST: ter mais de 30 anos de idade (OR ajustado 2,57; IC 95% 1,03 – 6,40); escolaridade até ensino fundamental (OR ajustado 2,77; IC 95% 1,08 – 5,05); pouco conhecimento sobre o uso da camisinha (OR ajustado 2,37; IC 95% 1,01 – 7,31), e achar que não tem risco de pegar sífilis (OR ajustado 2,36; IC 1,08 – 6,50). Estas variáveis mantiveram-se estatisticamente associadas à soroprevalência de IST como desfecho ($p<0,05$). A população privada de liberdade constitui um grupo de risco para as doenças pesquisadas. As taxas de prevalência aqui identificadas indicam a necessidade de implantação de programas de prevenção e de diagnóstico dessas doenças, nesse sentido, o presente estudo, pioneiro, pode subsidiar na elaboração de estratégias que possam viabilizar uma melhor qualidade de vida para esta população.

Palavras-chave: HIV; Infecção Sexualmente Transmissível; Mulheres, População Privada de Liberdade; Prevalência; Roraima.

ABSTRACT

Worldwide, studies indicate that HIV infection among people deprived of their liberty is higher than among the general population. The objective of this study is to evaluate the prevalence of HIV infection and other STIs among women deprived of their liberty in the State of Roraima. A cross-sectional study was carried out in October and November 2017, in which 168 female prisoners of the Boa Vista (RR) Women's Chain were evaluated through interviews and blood sampling for rapid tests. The prevalence of some STIs was 20.2%, HIV (4.7%), syphilis (15.5%) and hepatitis B (0.0%). In the univariate analysis, the following variables were statistically significant: over 30 years of age ($p = 0.007$), schooling until elementary school ($p = 0.003$), not knowing what AIDS is ($p = 0.01$), up to 50% ($p = 0.02$), did not feel that they were at risk of catching syphilis ($p = 0.01$), did not think they had a risk of taking hepatitis B ($p = 0.04$), use of injectable cocaine ($p = 0.02$), and sexual abuse in prison ($p = 0.02$). The multivariate analysis confirmed as associated factors to acquire an STI: to be more than 30 years of age (adjusted OR 2.57, 95% CI 1.03 to 6.40); schooling up to elementary school (adjusted OR 2.77, 95% CI 1.08 - 5.05); (adjusted OR 2.37, 95% CI 1.01 - 7.31), and find that there is no risk of taking syphilis (adjusted OR 2.36, CI 1.08 - 6.50). These variables were statistically associated with the IST seroprevalence as an outcome ($p < 0.05$). The prison population constitutes a risk group for the diseases surveyed. The prevalence rates identified here indicate the need to implement programs for the prevention and diagnosis of these diseases. In this sense, the present study, a pioneer, can help in the elaboration of strategies that can provide a better quality of life for this population.

Keywords: HIV; Sexually Transmitted Infection; Women, Population Privacy of Freedom; Prevalence; Roraima.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Número de pessoas privadas de liberdade (em mil) entre 1990 e 2016	19
Figura 2 –	Número de mulheres privadas de liberdade (em mil) ¹ e a evolução da taxa de aprisionamento de mulheres no Brasil ² entre 2000 e 2016	21
Figura 3 –	Número e proporção de mulheres privadas de liberdade por natureza da prisão e tipo de regime da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017	40

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1 – Procedimentos realizados na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista (RR), outubro e novembro, 2017	37
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das características sociodemográficas das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017	39
Tabela 2 – Tempo de condenação e de encarceramento atual (em meses) das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017	41
Tabela 3 – Prevalência de HIV, sífilis e hepatite B encontrada na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017	41
Tabela 4 – Análise univariada entre as características sociodemográficas e a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017	42
Tabela 5 – Análise univariada entre o conhecimento sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B e a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017	43
Tabela 6 – Análise univariada entre a percepção sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B e a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017	45
Tabela 7 – Análise univariada entre o comportamento de risco e a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, 2017	46
Tabela 8 – Análise multivariada entre as características sociodemográficas, conhecimento e percepção sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B, e comportamento de risco considerando a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, 2017	47

LISTA DE SIGLAS

ACUDE	– Associação Cultural e de Desenvolvimento do Apenado e Egresso
AIDS	– Síndrome da imunodeficiência humana
CAAE	– Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDC	– <i>Centers for Disease Control</i>
CPP	– Centro de Progressão Penitenciária
CRVG	– Centro de Ressocialização Vale do Guaporé
DATASUS	– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEPEN	– Departamento Penitenciário Nacional
DF	– Distrito Federal
DST	– Doenças sexualmente transmissíveis
LGBT	– Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
GO	– Goiás
HBV	– Vírus da hepatite B
HBsAg	– Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HCV	– Vírus da hepatite C
HIV	– Vírus da imunodeficiência humana
HSH	– Homem que faz sexo com homem
IAPEN	– Instituto de Administração Penitenciário do Amapá
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	– Intervalo de confiança de 95%
IgA	– Imunoglobulina A
IgG	– Imunoglobulina G
IgM	– Imunoglobulina M
INFOPEN	– Sistema Integrado de Informação Penitenciárias
IST	– Infecções sexualmente transmissíveis
LEP	– Lei de Execução Penal
MG	– Minas Gerais
MNPCT	– Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MS	– Ministério da Saúde
NS	– Não significativo
OR	– <i>Odds ratio</i>

PI	– Piauí
PNAISP	– Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)
PNAMPE	– Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNSSP	– Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PROCISA	– Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
RO	– Rondônia
RR	– Roraima
SAE	– Serviço de Atenção Especializada
SEJUC	– Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado de Roraima
SESAU	– Secretaria de Saúde do Estado de Roraima
SIM	– Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	– Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPEN	– Sistema de Informação Penitenciária
SP	– São Paulo
SUS	– Sistema Único de Saúde
TARV	– Terapia antirretroviral
TCLE	– Termo de consentimento livre esclarecido
TR	– Teste rápido
UDI	– Usuário de drogas injetáveis
UF	– Unidades da Federação
UFRR	– Universidade Federal de Roraima
UI	– Unidade intermunicipal
UNAIDS	– Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
VOLP	– Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa
WHO	– World Health Organization

LISTA DE VARIÁVEIS UTILIZADAS

- n – Número
- p – Valor de p

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 SISTEMA PRISIONAL.....	18
2.1 POPULAÇÃO PRISIONAL FEMININA.....	20
3 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST).....	23
3.1 HIV/AIDS	23
3.1.1 HIV no sistema prisional	25
3.2 SÍFILIS	28
3.2.1 Sífilis no sistema prisional	29
3.3 HEPATITE B	30
3 OBJETIVO	33
3.1 OBJETIVO GERAL.....	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	34
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
5.2 CENÁRIO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	34
5.3 AMOSTRA E AMOSTRAGEM.....	34
5.4 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	34
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	37
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
6 RESULTADOS.....	39
7 DISCUSSÃO	49
8 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES	82
ANEXO	88

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST¹) são apontadas como um dos principais problemas de saúde pública em todo mundo, tanto aquelas consideradas emergentes como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS²) e, mesmo, as milenarmente existentes como é o caso da sífilis³. Além de representarem um problema de saúde pública merece destaque que as medidas de prevenção estão estabelecidas, são de fácil acessibilidade e sem risco para a saúde (ALMEIDA, 2014).

Essa realidade é agravada quando confrontada com a situação das pessoas privadas de liberdade⁴, não só por sua própria condição de marginalidade social, esquecidas como prioridades pelos serviços de assistência social, em particular os de saúde (ALMEIDA, 2014), como também pela existência nos presídios de condições que favorecem a propagação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras IST, uma vez que estes estabelecimentos apresentam condições relacionadas à violência, ao espaço físico limitado e a assistência à saúde inadequada ou incompleta (GARAYCOCHEA et al., 2013; AGNOLO et al., 2013).

Diante disso, observa-se que as taxas de HIV e outras IST entre presos condenados são significativamente maiores que aquelas entre a população em geral devido aos comportamentos de risco antes e durante o cárcere (ARAÚJO; ARAÚJO FILHO; FEITOSA, 2015).

O estresse do encarceramento, a condição de marginalização, o baixo nível socioeconômico, a superlotação das prisões e a precária condição de saúde, são os

¹ Segundo diretrizes de terminologia da UNAIDS (2011) a sigla DST não passa o conceito de ser assintomático, como faz o termo infecção sexualmente transmitida – IST. As infecções sexualmente transmitidas são disseminadas pela transferência de organismos de uma pessoa para outra durante o contato sexual.

² A palavra aids foi incorporada à língua portuguesa no Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (VOLP), produzido pela Academia Brasileira de Letras. Nessa dissertação quanto a sua grafia, serão mantidas as recomendações: aids, quando tratar-se da epidemia; Aids, quando nome de setor ou título; AIDS, se o termo estiver com outras siglas escritas em letras maiúsculas. Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (5ª edição, 2009. 976 p.).

³ O termo sífilis é usado durante o texto muitas vezes significando infecção pelo *Treponema pallidum*, tendo sido mantido para preservar a citação do texto original.

⁴ Os termos prisioneiro, presos e reeducando são utilizados por diversos departamentos e secretarias de justiça e de segurança pública para se referirem à população carcerária. Neste estudo, optamos denominá-los como reeducandos ou população privada de liberdade, partindo do princípio de que a instituição da prisão está assentada sobre o duplo conceito do confinamento e da reintegração à sociedade.

principais fatores que contribuem para a ampliação da vulnerabilidade dessa população a inúmeros agravos, aumentando assim as taxas de morbimortalidade. Outro fator importante é a alta rotatividade dos indivíduos entre as unidades prisionais, funcionando como fator de disseminação e propagação das doenças (NEVES, 2014).

A soroprevalência do HIV, sífilis e hepatite B varia de 0,0% a 26%, 2,2% a 23,8%, e 3,8% a 26,4%, respectivamente, baseado em trabalhos pontuais realizados em unidades prisionais de algumas regiões do Brasil (FERREIRA, 1997; STRAZZA et al., 2004; BARROS et al., 2013; PORTELA, 2014; NEGREIROS; VIEIRA, 2017).

Levando em consideração as altas prevalências dessas doenças no ambiente prisional, associadas ao elevado risco de transmissão, o estabelecimento penitenciário pode servir como um local oportuno para diagnóstico e tratamento da infecção (WHO, 2009). Porém, poucos estudos retratam a situação atual do HIV e outras IST em unidades prisionais do Brasil, sobretudo na Região Norte.

Assim, este estudo que é um subprojeto do estudo “Soroprevalência de HIV e fatores relacionados ao uso de preservativo em adultos jovens de capital brasileira com elevada incidência de AIDS” se propõe estudar a soroprevalência e fatores associados ao HIV e outras IST nas mulheres privadas de liberdade do Estado de Roraima.

2 SISTEMA PRISIONAL

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) considera como pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas que cometeram delito, que têm mais de 18 anos e que estão sob custódia do Estado provisoriamente, podendo estar sentenciadas ou em medida de segurança, conforme o Código Penal e a Lei de Execução Penal (LEP) (BRASIL, 2014a).

A prisão tem por finalidade a proteção da população de indivíduos que têm comportamentos contrários às leis do país e compete ao Sistema Penitenciário viabilizar para que a pessoa egressa do mesmo respeite a lei e seja produtiva na sociedade (BRASIL, 2005).

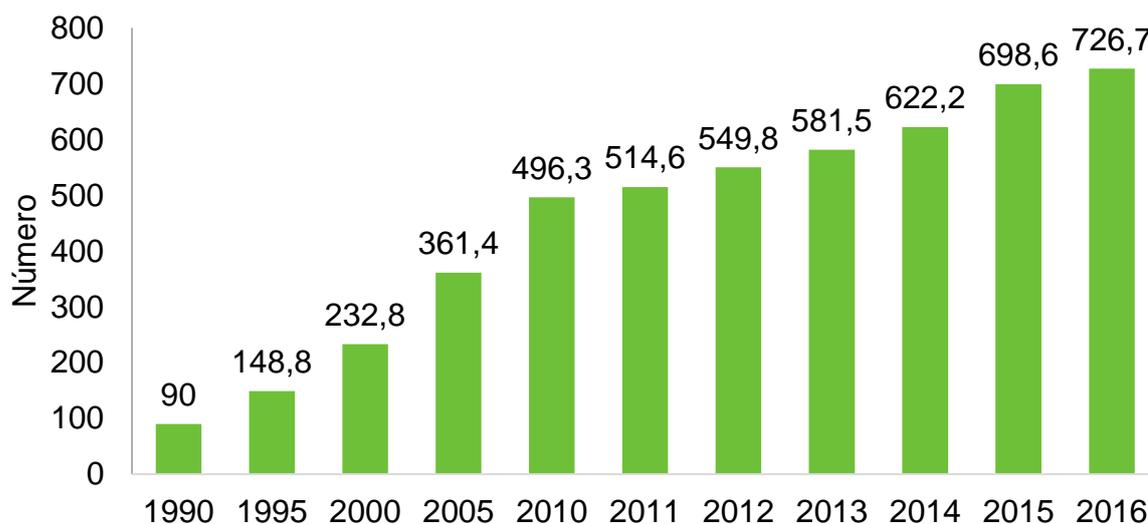
O Código Penal prevê, a garantia da manutenção dos direitos sociais das pessoas após o encarceramento. No entanto, destacamos três marcos fundamentais das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional, a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, que surgiu no período de redemocratização brasileira e prevê pela primeira vez saúde aos “presos e condenados”. Dentre os direitos previstos à população prisional pela LEP estão a assistência jurídica, a educacional, a social, a religiosa e de saúde; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003, que preconiza o acesso à saúde à população privada de liberdade no sistema penitenciário; e a PNAISP, de 2014, que garante o acesso integral a toda população prisional (LERMEN et al., 2015).

A Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014 instituiu o PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo dessa política é garantir o acesso integral ao SUS da população privada de liberdade, através da qualificação e da humanização da atenção à saúde no sistema prisional, com ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2014a). No mesmo ano foi implantada a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) (MATIDA et al., 2015).

Segundo dados do Sistema Integrado de Informação Penitenciária - INFOPEN do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, até junho de 2016 haviam 726.712 pessoas privadas de liberdade no país (Figura 1), com a taxa de encarceramento de 352,6 por 100 mil habitantes, e representa um aumento da ordem

de 707% em relação ao total registrado no início da década de 1990 (BRASIL, 2017a) o que coloca o Brasil na terceira posição mundial de maior população carcerária, em termos absolutos perdendo apenas para os Estados Unidos e China (BRASIL, 2017b).

Figura 1 – Número de pessoas privadas de liberdade (em mil) no Brasil entre 1990 e 2016



Fonte: Ministério da Justiça. A partir de 2005, dados do INFOPEN (BRASIL, 2017a).

Existem 1.436 estabelecimentos penais no país, 1.104 são masculinos, 106 femininos e 226 mistos (BRASIL, 2014b). Em 2016, 89% da população prisional estava em unidades superlotadas. A taxa de ocupação dos presídios brasileiros é de 197,4% (BRASIL, 2017a), ou seja, há aproximadamente 2 pessoas presas para cada vaga disponível, mais de 90% das pessoas presas encontram-se custodiadas em unidades acima de sua capacidade de lotação (BRASIL, 2018a) e o déficit de vaga é de 358.666. Do total de presidiários, cerca de 95% são homens, destes 26% relacionados ao tráfico de drogas, entre as mulheres essa proporção é de 62%. Cerca de 40% dos presos hoje são provisórios, e mais da metade dessa população é de jovens de 18 a 29 anos, e 64% são negros (BRASIL, 2017a).

Conforme o INFOPEN de junho de 2016 existe 2.339 pessoas privadas de liberdade no estado de Roraima, a menor população do país, sendo 2.171 homens e 168 mulheres, porém a taxa de aprisionamento de 454,9% é a oitava no *ranking* nacional. A taxa de ocupação do estado é de 195,2% e 44,2% das pessoas com privação de liberdade estão sem condenação (BRASIL, 2017a).

Segundo a Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado de Roraima (SEJUC) até setembro de 2016 o número de reeducando no estado era de 2.549 com a população carcerária de 495,7 pessoas privadas de liberdade por 100 mil habitantes, e destes 92,5% eram homens. A superlotação era de 49,5%. Mais da metade (55,5%) encontravam-se na Penitenciária Agrícola de Monte Cristo, 19,7% na Cadeia Pública de Boa Vista, 10,4% na Casa do Albergado, 7,4% na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, 3,2% na cadeia Pública de São Luiz, os demais estão no Centro de Progressão Penitenciária (CPP) e/ou delegacias. As quatro primeiras unidades prisional encontram-se na capital, Boa Vista (RORAIMA, 2016).

Quanto a natureza da prisão e tipo de regime 44,1% estavam sentenciados, destes 21,1% no regime fechado, 18,2% no regime semiaberto e 4,8% no regime aberto; 40,7% em regime provisório (sem condenação); e 15,2% em "outros" (prisão domiciliar por questão de saúde ou por super lotação, foragidos) (RORAIMA, 2016).

2.1 POPULAÇÃO PRISIONAL FEMININA

Segundo dados do relatório *World Female Imprisonment List*, divulgado em novembro de 2017 pelo *Institute for Criminal Policy Research da Birkbeck da Universidade de Londres* existem mais de 714 mil mulheres e meninas sem liberdade ao redor do mundo, e desde o ano 2000, esse número aumentou em mais de 50%. Somente no Brasil, esse número agora é 4,5 vezes maior do que o nível do ano 2000 (WALMSLEY, 2017).

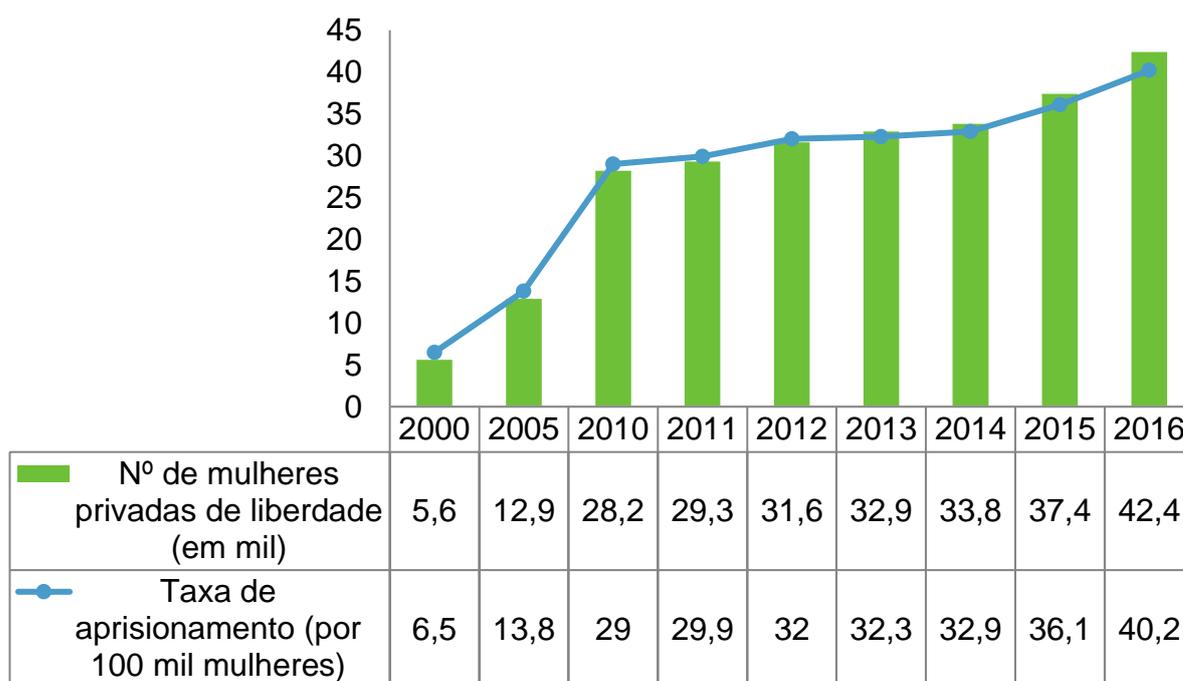
Mulheres e meninas representam 7% da população carcerária global. Nos países africanos, a proporção de mulheres e meninas na população carcerária total, de 3%, é muito menor do que em outros lugares. Nas Américas, mulheres e meninas representam 8% da população carcerária total, na Ásia 7%, na Europa 6% e na Oceania 7% (WALMSLEY, 2017).

O Brasil encontra-se na quarta posição mundial, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, da China e da Rússia em relação ao tamanho absoluto de sua população prisional feminina. Em relação à taxa de aprisionamento, que indica o número de mulheres presas para cada grupo de 100 mil mulheres, o Brasil figura na terceira posição, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e da Tailândia. Em um período de 16 anos, entre 2000 e 2016, a taxa de aprisionamento de mulheres aumentou em cerca de 500% no Brasil passando de 6,5 mulheres encarceradas para

cada grupo de 100 mil mulheres em 2000 para 40,2 mulheres encarceradas em 100 mil, em 2016 (Figura 2) (BRASIL, 2018b).

De acordo com a 2ª edição do INFOPEN Mulheres de junho de 2016, a população prisional feminina atingiu a marca de mais de 42 mil mulheres privadas de liberdade, e corresponde a 7% da população carcerária nacional. Houve aumento de 657% em relação ao total registrado no início dos anos 2000, quando menos de 6 mil mulheres se encontravam no sistema prisional, e a população de mulheres presas segue crescendo em torno de 10,7% ao mês. No mesmo período, a população prisional masculina cresceu 293% (BRASIL, 2018b).

Figura 2 – Número de mulheres privadas de liberdade (em mil)¹ e a evolução da taxa de aprisionamento de mulheres no Brasil² entre 2000 e 2016



Fonte: ¹Ministério da Justiça. A partir de 2005, dados do INFOPEN. ²Levantamento de Informações Penitenciárias – INFOPEN, dezembro de cada ano; DATASUS (BRASIL, 2017a).

A taxa de ocupação no sistema prisional brasileiro, em relação às mulheres, é de 156,7%, especificamente em unidade exclusivamente femininas a taxa de ocupação é de 133% (BRASIL, 2018b).

Em dez anos de vigência da lei de drogas, promulgada em 2006, o número de mulheres presas cresceu 145%. No mesmo período, o número de detentas que

respondem por crimes relacionados a drogas aumentou 207%, chegando a 62%, o que significa dizer 3 em cada 5 (BRASIL, 2018b).

Chama a atenção também o alto índice de presas provisórias, de 45%. Em alguns estados, o cenário é ainda pior, como no Amazonas (81%), em Sergipe (79%), e na Bahia (71%) (BRASIL, 2018b).

O número de mulheres privadas de liberdade varia significativamente entre as diferentes Unidades da Federação (UF). O estado de São Paulo concentra 36% de toda a população prisional feminina do país, seguido pelos estados de Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro, que juntos somam 20% da população prisional feminina (BRASIL, 2018b).

O Estado de Roraima embora ocupe o penúltimo lugar no *ranking* do número de mulheres privadas de liberdade com 168 presas, que corresponde a 0,4% das mulheres presa no país, possui a quinta maior taxa de aprisionamento do país de 67 mulheres para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2018b).

A taxa de ocupação no sistema prisional feminino do estado é de 228%, quase o dobro da média nacional para unidades femininas (BRASIL, 2018b). Nesse sentido, as mulheres representam 7,2% da população prisional do estado, e quase a metade (48%) estão sem condenação, as demais estão sentenciadas no regime fechado (13%), no regime semiaberto (12%), e no regime aberto (28%) (BRASIL, 2018b). Considerando os dados da SEJUC a proporção de mulheres privadas de liberdade é de 7,4%, o que equivale a 190 mulheres (RORAIMA, 2016).

3 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de IST por dia, mundialmente. Ao ano, calculam-se aproximadamente 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase (BRASIL, 2017c). A presença de uma IST, como sífilis ou gonorreia, aumenta consideravelmente o risco de se adquirir ou transmitir a infecção por HIV (BRASIL, 2016a).

No Brasil, as estimativas da OMS de IST na população sexualmente ativa, a cada ano são: sífilis 937.000 casos, gonorreia 1.541.800, clamídia 1.967.200 e herpes genital 640.900 casos (WHO, 2011).

3.1 HIV/AIDS

A aids foi reconhecida pelo *Centers for Disease Control* (CDC) em 1981, nos Estados Unidos (SGARBI, 2015). Após 37 anos do início da epidemia da aids a infecção pelo HIV ainda representa um sério problema de saúde pública (BRASIL, 2016a), com uma estimativa em 2016 de 36,7 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo, embora muitos avanços tenham ocorrido em se tratando de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença (UNAIDS, 2016a).

A OMS estima que cerca de 35 milhões de pessoas morreram de aids até os dias atuais. No ano de 2016, foram identificados 1,8 milhão de novas infecções pelo vírus e um total de 1 milhão de mortes decorrentes de complicações na aids (OPAS, 2017a).

Em 2017, 20,9 milhões dos 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV tiveram acesso a terapia antirretroviral (TARV) e mortes relacionadas à aids caíram de 1,9 milhão em 2005 para 1 milhão em 2016 (UNAIDS, 2017a). Na América Latina, o Brasil é o país que mais concentra casos de novas infecções por HIV na região (UNAIDS, 2016b).

No Brasil, o primeiro caso de aids foi diagnosticado em 1980, em São Paulo, mas só classificado em 1982 (BRASIL, 1987, 2016b, 2017c), e desde 1986 é uma doença de notificação compulsória, porém a notificação compulsória do HIV teve início somente em 2014 (BRASIL, 2017d).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), até junho de 2017 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, destes 67,9% dos casos ocorreram em homens sendo que 52,5% dos casos se concentraram na faixa etária de 20 a 34 anos. Entre os homens, verifica-se que 48,9% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual, 37,6% heterossexual, 9,6% bissexual, e 2,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI); entre as mulheres, nota-se que 96,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual, e 1,7% na de UDI. Em análises realizadas entre a população-chave em 2017, os resultados preliminares apresentam uma prevalência de HIV de 19,8% entre HSH com 25 anos ou mais de idade e de 9,4% entre os HSH de 18 a 24 anos. Com relação as mulheres profissionais do sexo, a prevalência foi de 5,3%. Já entre os conscritos, a prevalência de HIV foi de 0,1%; e entre os conscritos HSH, a prevalência de HIV foi de 1,3%. Em 2016, a razão de sexos⁵, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,5 casos em homens para cada mulher (BRASIL, 2017d).

Com relação à aids, até junho de 2017, foram identificados 882.810 casos no Brasil. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos nos últimos cinco anos. A taxa de detecção de aids vem caindo gradativamente no Brasil nos últimos anos, em 2016, foi de 18,5 casos por 100 mil habitantes. A maioria (65,3%) dos casos ocorreram em homens. Observa-se uma redução gradual de casos em mulheres e aumento entre os homens, refletindo na razão de sexos, que passou a ser 22 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2016. Ao contrário dos homens, entre as mulheres, nota-se tendência de queda (27%) da taxa de detecção nos últimos 10 anos, em 2016, essa taxa foi de 11,6 casos de aids para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2017d).

Os indivíduos com idade entre 25 e 39 anos concentraram a maioria dos casos de aids, entre os homens foi de 52,9%, e entre as as mulheres 49% dos casos registrados entre 1980 e junho de 2017. A principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade em 2016 foi a sexual, tanto em homens (95,8%) quanto em mulheres (97,1%). Entre os homens, observou-se o predomínio da categoria de exposição heterossexual. Porém, há uma tendência de aumento na proporção de

⁵ A razão de sexos é obtida pelo número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres.

casos entre homossexuais e bissexuais nos últimos dez anos de 32,9%, e o UDI vem diminuindo ao longo dos anos em todo o Brasil, representando 3,2% dos casos entre homens e 1,9% dos casos entre mulheres no ano de 2016 (BRASIL, 2017d).

Em 2014, o Brasil pactuou junto a OMS às metas de tratamento 90-90-90, estabelecidas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) que preconiza controlar a epidemia mundial até 2020 e faz parte da estratégia de aceleração da resposta para o fim da epidemia de aids como ameaça à saúde pública até 2030 (OPAS, 2017a).

Nesse sentido, estima-se que 830 mil pessoas vivem com HIV no Brasil em 2016. Destas, 84% já foram diagnosticadas e, destas, 72% estão em tratamento. Dentre estas últimas, 91% atingiram supressão viral (UNAIDS, 2017b). Dados do MS revelam uma queda de 42,3% na mortalidade de pessoas com HIV/AIDS nos últimos 20 anos (BRASIL, 2016c).

Em Roraima, o primeiro caso de aids foi registrado em 1987 (BENEDETTI, 2000, 2013) e até 2017 foram notificados 2.905 casos. Nesse ano foram notificados 612 casos novos da doença e a taxa de detecção foi de 117,1 por 100 mil habitantes (BENEDETTI, 2017).

A taxa de detecção por 100 mil habitantes passou de 0,2 casos em 1987 para 70,4 em 2016 (RODRIGUES et al, 2017), 3,4 vezes maior que a média nacional de 20,7 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016b). Em 2016, a razão entre os sexos foi de três casos masculinos para cada feminino, e a faixa etária de 29 a 39 anos concentrou 64,9% dos casos (BENEDETTI, 2016).

No início da epidemia os casos de aids se concentravam na capital, Boa Vista, e apesar de ainda concentrar a maioria dos casos, atualmente todos os municípios possuem casos. O coeficiente de mortalidade por aids reduziu 36,1% no período de 2006 a 2017, passando de 7,2 óbitos por 100 mil habitantes em 2006 para 4,6 em 2017. Nesse período ocorreram 359 mortes por aids (BENEDETTI, 2017).

3.1.1 HIV no sistema prisional

O aparecimento da aids nos presídios foi concomitante com o surgimento na comunidade (MARINS et al., 2000). Os primeiros casos de aids em presídios foram registrados entre os anos de 1981-82 nos Estados Unidos, na cidade de Nova York e Nova Jersey (WORMSER et al., 1993).

São relatadas prevalências elevadas de HIV no sistema prisional em todo o mundo (STRAZZA et al., 2004; ADJEI et al., 2008). As infecções tanto podem ser trazidas para dentro da prisão, como podem ser adquiridas dentro dela e serem transmitidas para o ambiente externo durante relações sexuais com parceiros e após a ressocialização desses presidiários na comunidade de origem (MASSAD et al., 1999). Há uma estimativa de que aproximadamente 10,2 milhões de pessoas estão nas prisões em todo o mundo, com uma movimentação de 30 milhões de indivíduos por ano, da prisão para a comunidade ou vice-versa, o que facilita a transmissão de agentes infecciosos como o HIV (WALMSLEY, 2013; WHO, 2013).

As maiores prevalências foram encontradas na Espanha em 1987, de 26% em estudo envolvendo prisioneiros com comportamento de risco (MARINS, 1996), em 1997, de 19,4% entre 1.663 detentos (SANCHEZ et al., 1997 apud NASCIMENTO, 2012), e 19,1% em 2005 entre 800 homens (HOYA et al., 2005 apud NASCIMENTO, 2012); em Gana, entre 2004 e 2005 de 19,2% entre 237 homens e 44 mulheres (ADJEI et al., 2006). Nos Estados Unidos em 1991, de 18,8% envolvendo 480 detentas (SMITH et al., 1991 apud NASCIMENTO, 2012) e na Líbia em 2006, de 18,2% entre 6.371 detentos (ZIGLAM et al., 2012).

Na Nigéria, em 2007 foi encontrada a prevalência de 18% entre 300 homens (ADOGA et al., 2009). Na Espanha, em 2008 de 10,8% (MARCO; SAIZ; GARCIA-GUERREIRO, 2012); no Canadá, em 2004 de 8,8% (POLIN et al., 2007); e na França de 2,6% (SEMAILLE et al., 2013). O que pode estar relacionado com a heterogeneidade dos confinados, baixa escolaridade e comportamentos considerados de risco praticados (BURATTINE et al., 2000; ADJEI et al., 2006)

Mais recentemente, na Espanha, no estudo realizado em Barcelona entre os anos de 2010 e 2012, foi encontrada a prevalência de 1,2% entre 3.933 homens (MARCO et al., 2013).

A alta prevalência de infecção pelo HIV nas unidades prisionais favorece a sua disseminação entre os reeducandos. O contato sexual sem uso de preservativos, a multiplicidade de parceiros e o uso de drogas injetáveis⁶ (UDI) são as principais vias de disseminação do HIV e de outras doenças (NEVES, 2014).

⁶ Segundo diretrizes de terminologia da UNAIDS (2011) as drogas podem ser injetadas de forma subcutânea, intramuscular ou intravenosa. Recomenda-se utilizar pessoa que injeta drogas para ser dada ênfase à pessoa e não à droga.

No Brasil, estudos realizados nas décadas de 1990 e 2000 apresentaram altas prevalências para o HIV. No entanto no estudo de Nascimento (2012) a prevalência da infecção pelo HIV no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia (GO) em 2011 foi de 0,9%.

Em 2013, foi encontrado a prevalência de infecção pelo HIV de 1,5% entre 1.167 amostras de internos do Instituto de Administração Penitenciária do Amapá (IAPEN), dos sexos masculino e feminino, maiores de 18 anos, que realizaram sorologia para HIV durante uma ação de saúde realizada pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Amapá em parceria com MS (VALE; CARVALHO; PEREIRA, 2016).

No Mato Grosso do Sul, no estudo envolvendo 12 presídios de várias cidades do estado a prevalência encontrada de infecção pelo HIV foi de 1,8% (SGARBI, 2015). O estudo de soroprevalência de HIV e outras IST realizado entre 2014 e 2015 nas unidades prisionais da Associação Cultural e de Desenvolvimento do Apenado e Egresso (ACUDA) e no Centro de Ressocialização Vale do Guaporé (CRVG) em Porto Velho (RO) contaram com a participação de 265 reeducando do sistema carcerário fechado e a prevalência do HIV foi de 2,2% na ACUDE e 0,0% na CRVG, (NEGREIROS; VIEIRA, 2017), e no estudo realizado em Florianópolis, em 2016, com 147 homens a prevalência foi de 2,1% (FELISBERTO, 2016). Em Roraima, no ano de 2014 haviam 18 detentos com HIV no sistema prisional, destes 16 eram homens (BRASIL, 2014b).

Entre as mulheres privadas de liberdade, no final de 1980 e no início dos anos 90, os estudos realizados detectaram prevalências elevadas, de 18,3%, no município de São Paulo (QUEIROZ et al., 1988). A maior prevalência de HIV encontrada foi de 26% entre 355 mulheres privadas de liberdade em presídio de São Paulo no estudo realizado em 1997, e estava associado a UDI (FERREIRA, 1997). No Completo Prisional do Carandirú, em São Paulo, entre os anos de 1997 e 1998, envolvendo 262 detentas foram encontradas prevalências de HIV de 14,5% (LOPES et al., 2001).

Strazza e colaboradores (2007), encontraram em São Paulo, no estudo em 2000 envolvendo 290 detentas a prevalência de HIV de 13,9% e 16,2% de HCV (STRAZZA et al., 2004). Em outro estudo, no mesmo ano em São Paulo, entre 267 mulheres a prevalência de HIV foi de 14% (STRAZZA et al., 2006). O estudo de Gabe e Lara (2008) identificou no Rio Grande do Sul uma prevalência de 9,2%. Em Rio

Claro (SP), foram detectadas 3,6% de mulheres soropositivas para o HIV (BERRA; BACETTI; BUZO, 2006).

Em 2011, verificou-se a prevalência de 0,7% entre 140 mulheres em Goiás (NASCIMENTO, 2012); em 2013, no Mato Grosso do Sul de 1,9% entre 519 mulheres (SGARBI, 2015); em 2014, também no Mato Grosso do Sul de 1,9% em 12 presídios de várias cidades (SGARBI, 2015), e no mesmo ano, em Goiás de 4,9% entre 142 mulheres (NEVES, 2014).

No estudo sobre o perfil sociodemográfico e prisional da população penitenciária feminina brasileira em 15 penitenciárias em nove estados, realizado nos anos de 2015 e 2016, a prevalência foi de 2,3% (FREIRE, 2017).

Mais recentemente, o relatório final do Programa de DST/AIDS do Estado de São Paulo sobre o HIV e a sífilis no Sistema Prisional Feminino estadual, realizado em 2015, identificou a prevalência de 2,8% para HIV. Neste estudo foram avaliadas 76,5% (8.821) das mulheres privadas de liberdade de sete presídios da capital e 12 do interior do estado, registradas na Secretaria da Administração Penitenciária do estado (MATIDA et al., 2015). E, em 2016, no estudo realizado no Distrito Federal (DF) entre 455 mulheres a prevalência foi de 0,8% (MOURA, 2017).

3.2 SÍFILIS

A sífilis é um problema de saúde que pode ter complicações graves se não for diagnosticada e tratada precocemente. Segundo a OMS, anualmente, ocorrem cerca de 12 milhões de novos casos na população adulta em todo mundo, a maior parte em países em desenvolvimento (DANTAS et al., 2017).

No Brasil, a sífilis adquirida, teve sua notificação compulsória implantada em 2010. Os casos de sífilis adquirida (em adultos) tiveram aumento de 27,9% de 2015 (68.526 casos) para 2016 (87.593 casos), e a projeção para 2017 é de aumento de 7,8% (94.460 casos). A taxa de detecção por 100 mil habitantes passou de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 em 2016. O fato de a tendência de aumento das taxas observadas para sífilis adquirida se apresentar de maneira mais acentuada representa, neste momento, em grande parte o aumento no número de notificações, ao invés de um aumento real do número de casos (BRASIL, 2017e).

Em 2017, em análises realizadas entre a população-chave, os resultados preliminares apresentam uma prevalência para sífilis entre HSH com 25 anos ou mais

de idade de 14%. Com relação as mulheres profissionais do sexo, a prevalência foi de 8,4%. Já entre os conscritos, a prevalência de sífilis, foi de 1,6%. Entre os conscritos HSH, a prevalência de sífilis encontrada foi de 5,2% (BRASIL, 2017e).

Em Roraima, no período de 2011 a 2017 foram notificados 616 casos de sífilis adquirida, em 2016 foram notificados 267 casos e a taxa de detecção foi de 48,4 casos por 100 mil habitantes. Em 2017 foram notificados 180 casos e a taxa de detecção foi de 34,3 casos por 100 mil habitantes (RORAIMA, 2018).

3.2.1 Sífilis no sistema prisional

O número de novos casos de sífilis aumentou de forma alarmante nos últimos anos no Brasil, no entanto, há poucos dados de prevalência e comportamentos de risco associados à sífilis em indivíduos privados de liberdade (CORREIA, 2015).

A sífilis, assim como o HIV, encontra no ambiente prisional condições que podem aumentar o risco da sua transmissão entre a população privada de liberdade e sua disseminação pode constituir um alto grau de risco à saúde dessa população, de seus contatos, e também para as comunidades nas quais os detentos irão se inserir após o cumprimento de suas penas (DIUANA, 2008).

Poucos são os estudos realizados no Brasil abordando a infecção por *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, em ambientes prisionais. A maior prevalência de sífilis foi encontrada entre 1.154 mulheres privadas de liberdade de Recife (PE) em 2013 foi de 23,8% (ALMEIDA, 2014).

Em São Paulo no ano 2000, Strazza e colaboradores (2004) encontraram a prevalência de 22,8%. No Espírito Santo, em 1997, de 15,5% (MIRANDA et al., 2000). O estudo realizado no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia em 1999, demonstrou uma soroprevalência para a sífilis de 18,4% entre os presos (ANDRADE, 1989). Outro estudo realizado, na década de 1990, na Penitenciária de Manhuaçu (MG) revela uma taxa de prevalência de 7,4% (SOARES, 2000). Coelho e Passos (2011) demonstraram uma prevalência de 3% entre a população carcerária da Penitenciária de Ribeirão Preto (SP) em 1990.

Em 2011, no estudo realizado no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia, envolvendo 1.173 presidiários a soroprevalência foi de 2,2% (PORTELA, 2014). No Mato Grosso do Sul, em 2013, entre 3.363 mulheres foi de 17% (CORREA, 2015). Em Porto Velho (RO) no estudo realizado entre 2014 e 2015, com 265

reeducandos, da ACUDA e no CRVG a prevalência para sífilis foi de 6,8% e 5,3%, respectivamente (NEGREIROS; VIEIRA, 2017),

Em 2015, a prevalência para sífilis foi de 6,8% no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo, onde foram avaliadas 76,5% das mulheres privadas de liberdade de sete presídios da capital e 12 do interior do estado (MATIDA et al., 2015).

3.3 HEPATITE B

A infecção pelo Vírus da Hepatite B (VHB) apresenta similaridades das rotas de transmissão com o HIV. Essa infecção isolada cursa com quadro clínico dramático e a coinfeção induz um pior prognóstico e dificulta a resposta imunológica do hospedeiro. Sendo, a infecção pelo VHB um fator de risco entre os portadores do HIV. Onde, a progressão da doença hepática apresenta-se comumente mais agressiva e de alto risco, verificando uma evolução mais rápida para cirrose, insuficiência hepática e hepatocarcinoma (DIUANA, 2008).

As mortes por causa das hepatites virais já superam as da aids em vários países, exceto na África (COWIE; MACLACHLAN, 2013). Novos dados da OMS revelam que cerca de 325 milhões de pessoas no mundo vivem com infecção crônica pelo VHB ou pelo vírus da hepatite C (VHC) (OPAS, 2017b).

Apenas 9% de todas as infecções pelo VHB foram diagnosticadas em 2015. Uma fração ainda menor, 8% dos diagnosticados com infecção VHB (1,7 milhão de pessoas) estavam em tratamento. A Estratégia Global do Setor da Saúde da OMS sobre as hepatites virais tem o objetivo de testar 90% e tratar 80% das pessoas com hepatites B e C até 2030 (OPAS, 2017b).

Os níveis de hepatite B variam amplamente entre as regiões da OMS, com a Região Africana e a Região do Pacífico Ocidental com a maior carga, de 6,2% da população (115 milhões) e 6,1% (60 milhões), respectivamente, na Região das Américas é de 0,7% da população (7 milhões) (OPAS, 2017b).

No Brasil, de 1999 a 2016, foram notificados no SINAN 561.058 casos confirmados de hepatites virais, destes, 37,8% por VHB e 54,2% ocorreram entre homens. As taxas de detecção, desde 2011, vêm apresentando poucas variações, atingindo 6,9 casos para cada 100 mil habitantes no país em 2016. Entre 2003 a 2016, a razão de sexos que variou entre 1,1 e 1,3, e a taxas de incidência entre homens e mulheres apresentaram tendência de aumento no período. Foram identificados, pelo

Sistema sobre Informação sobre Mortalidade (SIM), 61.297 óbitos associados às hepatites virais, destes, 21,6% ao VHB. O coeficiente médio de mortalidade por VHB entre os homens foi de 0,4 óbitos para cada 100 mil habitantes e de 0,1 óbitos entre as mulheres (BRASIL, 2017f).

Em 2017, nas análises realizadas entre a população-chave, os resultados preliminares apresentam uma prevalência para hepatite B entre HSH de 0,7% e entre os conscritos, a prevalência de 0,2% (BRASIL, 2017d).

Em Roraima, no período de 2006 a 2017 foram notificados cerca de 7 mil casos suspeitos de hepatites virais, e destes 1.233 casos foram confirmados para hepatite B. Em 2017 foram notificados 723 casos suspeitos de hepatites virais, dos quais 320 eram suspeitos de hepatite B, e destes 97 casos foram confirmados e nos 223 casos restantes o resultado foi inconclusivo ou ignorado. A taxa de detecção de hepatite B para 2017 foi de 18,5 casos por 100 mil habitantes (RORAIMA, 2018).

3.3.1 Hepatite B no sistema prisional

Estudos mostram que a prevalência, proporcionalmente, costuma ser superior na população que vive em regime penal, como exemplo 19,5% para HBV em penitenciária de Ribeirão Preto (SP); 26,4% em prisão de Goiânia (GO) e 27,2% no Iran (COELHO et al., 2009; BARROS et al., 2013; DANA et al., 2013).

No estudo realizado no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia em 2011 entre 1.173 indivíduos a prevalência foi de 6,9%, sendo 6,3% no grupo feminino e 7% no masculino, e a coinfeção HBV/HIV foi encontrada em dois detentos (2,5%) (MOREIRA, 2014). Entre 2014 e 2015 nas unidades prisionais da ACUDA e no CRVG em Porto Velho (RO), a soroprevalência para hepatite B foi de 13,5% e 3,8%, respectivamente (NEGREIROS; VIEIRA, 2017).

Tais dados justificam o porquê da infecção pelo HBV, assim como pelo HCV e HIV serem problemas de estudo no sistema penitenciário em diversas regiões do Brasil e do mundo. Somam-se a este fato, as condições precárias que tais pacientes estão sujeitos dentro das instituições prisionais, vindo a ser um fator limitante no combate a tais agravos, uma vez que os internos portadores se tornam fontes de propagação e manutenção desses virus (SILVA; ARAÚJO, 2015).

Nesse sentido, devido à falta de dados relacionados à soroprevalência para HIV e outras IST na população privada de liberdade do Estado de Roraima, o presente

estudo, pioneiro, sobre a prevalência nesta população é de grande relevância para se conhecer a magnitude e o perfil epidemiológico dessas doenças e assim subsidiar na elaboração de estratégias que possam viabilizar uma melhor qualidade de vida para esta população.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência da infecção pelo HIV e outras IST entre as mulheres privadas de liberdade do Estado de Roraima.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas da população feminina privada de liberdade;
- Descrever o conhecimento e a percepção dessa população sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B;
- Descrever os comportamentos de risco associados à infecção pelo HIV, sífilis e hepatite B;
- Relacionar os fatores sociodemográficos, o conhecimento, a percepção e o comportamento de risco associado ao HIV/AIDS, sífilis e hepatite B com a prevalência encontrada.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal sobre a soroprevalência e fatores associados ao HIV e outras IST entre as mulheres privadas de liberdade do Estado de Roraima.

5.2 CENÁRIO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Roraima é um estado do extremo norte da amazônia legal brasileira e possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2017 de 522.636 habitantes (IBGE, 2017).

O estabelecimento penal selecionado para o estudo foi a Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, localizada em Boa Vista, capital do estado. Na ocasião da pesquisa a direção geral do estabelecimento prisional informou a existência de 179 mulheres com privação de liberdade.

5.3 AMOSTRA E AMOSTRAGEM

O estudo objetivou alcançar todas as mulheres privadas de liberdade que cumprem pena na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, um total de 179 mulheres, porém somente 168 participaram.

5.4 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2017. Os sujeitos foram convidados a participar do estudo de forma individual. Após o amplo esclarecimento e aceitação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), cada participante respondeu um questionário (APÊNDICE B) não identificado nominalmente (codificado), com privacidade, sendo a primeira parte do questionário aplicada pela pesquisadora por meio de uma entrevista individualizada e padronizada, e a segunda parte autoaplicável, porém sob

supervisão, e depositada em uma urna lacrada. Os sujeitos sem estudo foram auxiliados pela pesquisadora na resposta do questionário autoaplicável.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário semi-estruturado, adaptado do estudo de Miranda e colaboradores (2011), abordando itens sobre dados sociodemográficos, percepção e conhecimento sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B e fatores de risco à infecção pelo HIV, sífilis e hepatite B relacionados a práticas sexuais e uso de drogas, previamente e durante o encarceramento. Garantiu-se a confidencialidade e o sigilo de todas as informações.

Posteriormente, os participantes foram convidados a realizar o teste rápido para HIV que utiliza a tecnologia imunocromatográfica por meio de ensaio qualitativo para detecção de anticorpos específicos para HIV-1/2 (TRIO-LINE HIV 1/2, Bio-Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil); para sífilis (ALERE SÍFILIS) por meio da detecção qualitativa/quantitativa de anticorpos IgG, IgM e IgA contra o *Treponema pallidum*, caracterizado como um teste treponêmico (Importador ALERE S/A, São Paulo, Brasil); e para hepatite B (VIKIA HBsAg) por meio da detecção quantitativa/qualitativa do antígeno HBs (BioMérieux SA, France). Para a execução do teste rápido foi utilizado a metodologia do fabricante, e a coleta da amostra de sangue total foi realizada por punção digital com lanceta estéril, realizada no próprio estabelecimento prisional.

Mediante aceitação, foi realizado aconselhamento pré e pós-teste, para o qual a pesquisadora foi capacitada. O resultado foi informado em até 30 minutos a participante de forma individualizada. Os resultados não reagentes foram considerados negativos.

Os resultados reagentes ou inconclusivos para HIV foram retestados pelo teste imunocromatográfico BIOESAY para detecção qualitativa de anticorpos de todos os isótopos específicos para HIV-1/2, e na positividade deste teste o resultado foi considerado confirmado como HIV.

Para sífilis o teste rápido é de triagem sorológica, e o caso reagente necessita para sua confirmação de doença ativa de um exame não treponêmico, o qual não foi realizado nesta pesquisa, e para hepatite B o teste rápido é confirmatório e o caso reagente é considerado portador de hepatite B.

Os casos de teste positivo para HIV foram encaminhados para o Serviço de Atenção Especializada (SAE) na Clínica Especializada Coronel Mota em Boa Vista, e os casos reagentes para sífilis foram tratados com penicilina benzatina 1.200.000 UI,

intramuscular, em dose única, devido a inexistência de equipe de saúde no sistema prisional no período da pesquisa.

Todos os casos reagentes foram notificados no SINAN e informados a direção geral da cadeia para acompanhamento clínico.

5.4.1 Critério de inclusão

Indivíduos privados de liberdade, do sexo feminino, que decidiram voluntariamente participar do estudo, e que a coleta sanguínea e aplicação do questionário foi possível de ser realizada em virtude do tipo de encarceramento submetido no momento da coleta de dados.

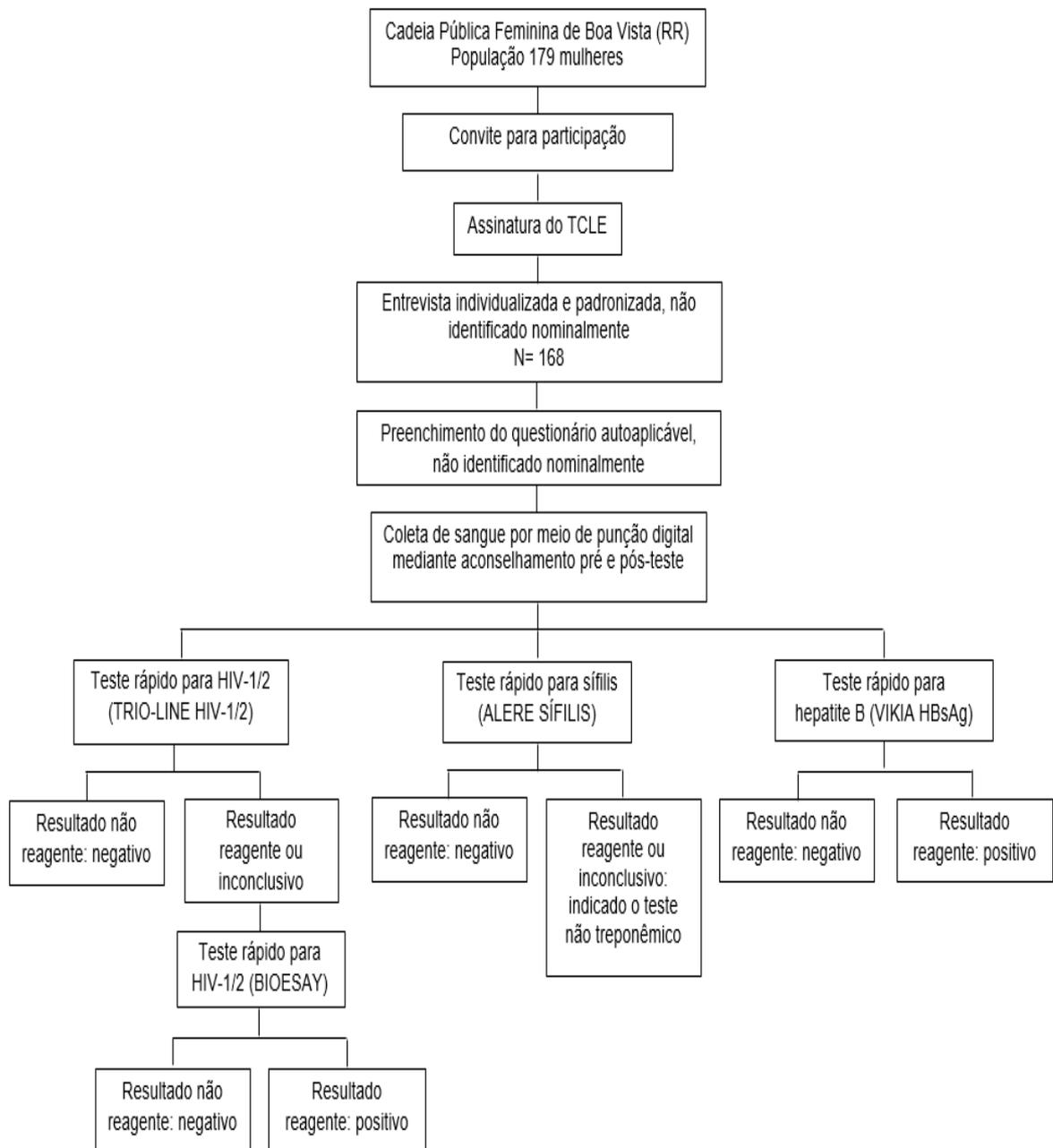
5.4.2 Critério de exclusão

Indivíduos privados de liberdade lotados na ala de segurança máxima em virtude da própria estrutura física e nível de periculosidade.

5.4.3 Fluxograma de execução do estudo

A execução deste estudo obedeceu ao seguinte fluxograma:

Fluxograma 1 – Procedimentos realizados na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista (RR), outubro e novembro, 2017



5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados de cada participante foram armazenados e analisados utilizando-se o software do programa EpiInfo™ versão 7.2.2.6 (CDC, 2017).

Foi calculada a prevalência de HIV, sífilis e hepatite B na amostra, e realizou-se a análise descritiva das características sociodemográficas, da natureza da prisão, tipo de regime, tempo de condenação e tempo de encarceramento (em meses), e foram utilizadas medidas de tendência central para variáveis contínuas e percentuais para variáveis categóricas.

Foi utilizado o teste qui quadrado para comparar diferenças de proporções de variáveis categóricas, e foi considerado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O *Odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) foram calculados em análise univariada, e *Odds ratio* ajustada em análise multivariada por regressão logística. O critério de seleção de variáveis explicativas para entrada na análise multivariada foi o valor crítico de $p < 0,05$ na análise univariada.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho é uma emenda do projeto de pesquisa sobre o estudo “Soroprevalência de HIV e fatores relacionados ao uso de preservativo em adultos jovens de capital brasileira com elevada incidência de AIDS”. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Roraima (UFRR): Número do Parecer 1.797.708 e CAAE 44535315.3.0000.5302 (Anexo A). Todos os participantes foram amplamente esclarecidos sobre os propósitos e métodos da pesquisa e assinaram o TCLE antes da aplicação do questionário.

6 RESULTADOS

Foram convidadas a participar da pesquisa todas as 179 mulheres privadas de liberdade da Cadeira Pública Feminina de Boa Vista (RR), um total de 168 (93,8%) aceitaram participar do estudo, o que correspondeu à amostra final. Destas, 97,6% (164) se consideram cisgênero, e 2,4% (4) transgênero (Tabela 1).

A idade variou de 18 a 60 anos de idade, com média de $36,5 \pm 9,5$ anos e mediana de 31 anos. A maioria (48,8%) é natural do Estado de Roraima, 50% são solteiras, 37,5% estudaram até o ensino fundamental, e 44,6% são evangélicas. A tabela 1 apresenta a descrição da amostra quanto as características sociodemográficas.

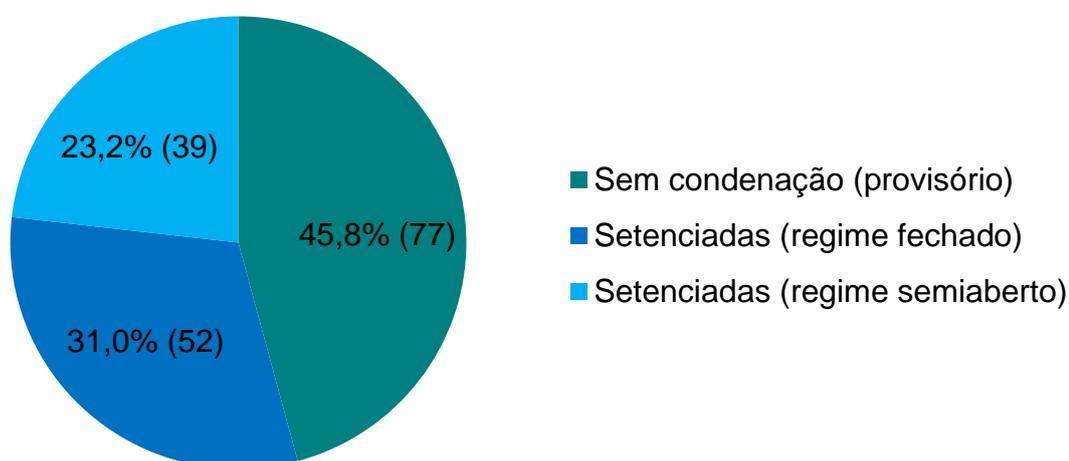
Tabela 1 – Descrição das características sociodemográficas das mulheres privadas de liberdade da Cadeira Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017

Características da amostra (n=168)	n	%
Mulheres cisgênero	164	97,6
Mulheres transgênero	4	2,4
Idade		
Até 30 anos	78	46,4
Mais de 30 anos	90	53,6
Naturalidade		
Roraima	82	48,8
Outros estados do Brasil	81	48,2
Outros países	5	3,0
Estado marital		
Casada/união estável	48	28,6
Solteira	84	50,0
Namoro fixo	13	7,7
Separada/viúva	4	2,4
Outros	16	9,5
Sem informação	3	1,8
Escolaridade		
Não estudou	8	4,8
Ensino fundamental incompleto	20	11,9

Ensino fundamental completo/semi-completo	43	25,6
Ensino médio (completo/incompleto)	79	47,0
Ensino superior (completo/incompleto)	18	10,7
Religião		
Evangélica	75	44,6
Católica	50	29,8
Outras	3	1,8
Sem informação	40	23,8

Com relação a natureza da prisão 54,2% (91) da amostra são sentenciadas, e as demais (45,8%) estão em prisões provisórias (sem condenação). O tipo de regime está detalhado na figura 3.

Figura 3 – Número e proporção de mulheres privadas de liberdade por natureza da prisão e tipo de regime da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017



Das sentenciadas, 90,1% (82) informaram o tempo de condenação atual (em meses), 6,1% foram condenadas a até 48 meses e 40,2% a mais de 120 meses. O tempo de encarceramento atual (em meses) foi informado por 163 mulheres e a grande maioria (74,8%) encontram-se com até 24 meses na prisão (Tabela 2).

Tabela 2 - Tempo de condenação e de encarceramento atual (em meses) das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017

Descrição da amostra	n (%)
Tempo de condenação atual (meses) (n=82)	
Até 24	1 (1,2)
>24 a 48	4 (5,0)
>48 a 72	18 (22,5)
>72 a 96	18 (22,5)
>96 a 120	8 (9,7)
>120	33 (40,2)
Tempo de encarceramento atual (meses) (n=163)	
Até 24	122 (74,8)
>24 a 48	31 (19)
>48 a 72	3 (1,8)
>72 a 96	4 (2,4)
>96 a 120	3 (1,8)

A soroprevalência de alguma IST na amostra foi de 20,2% (n=34), de infecção pelo HIV foi de 4,7% (n=8), de sífilis de 15,5% (n=26), e de hepatite B 0,0% (Tabela 3). A prevalência da coinfeção de HIV e sífilis foi de 1,2% (n=2). Entre as portadoras de HIV, 75% (n=7) conheciam o diagnóstico antes do encarceramento.

Tabela 3 – Prevalência de HIV, sífilis e hepatite B encontrada na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017

Prevalência (n=168)	n	%	IC 95%
Alguma IST	34	20,2	12,52 – 28,73
HIV	8	4,7	2,08 – 9,17
Sífilis	26	15,5	10,37 – 21,85
Hepatite B	0	0,0	-

A análise univariada foi realizada entre as características sociodemográficas, conhecimento e percepção sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B e considerou a soroprevalência de alguma dessas IST como desfecho. Nesse sentido, entre as

características sociodemográficas duas variáveis foram estatisticamente significativas: ter mais de 30 anos de idade com prevalência de IST de 26,6% ($p=0,007$); e escolaridade até ensino fundamental com prevalência de IST de 29,6% ($p=0,003$). Não ter parceiro fixo não influenciou nesse desfecho (Tabela 4).

Destacamos que entre as mulheres com HIV a média de idade foi de 37,5 anos variando de 25 a 52 anos de idade, e entre as mulheres com sífilis foi de 38,1 anos variando de 20 a 59 anos de idade.

Tabela 4 – Análise univariada entre as características sociodemográficas e a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017

Características sociodemográficas (n=168)	Prevalência de IST +	p valor	OR	IC 95%
Mais de 30 anos	26,6%	0,007	3,16	1,35 – 7,96
Menos de 30 anos	10,3%			
Possui parceiro (a) fixo	19,6%	NS	1,10	0,49 – 2,56
Não possui	18,0%			
Escolaridade até ensino fundamental	29,6%	0,003	3,25	1,44 – 7,55
Ensino médio/superior	11,3%			

Aplicou-se o teste estatístico do qui quadrado ao nível de significância de 5% ($p<0,05$). NS: Não significativo.

Com relação ao conhecimento sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B, duas variáveis estão associadas para infecção por IST: não saber o que é aids com prevalência de IST de 34,4% ($p=0,01$), e ter até 50% de acertos nas questões de conhecimento sobre o uso de camisinha com prevalência de IST de 34,6% ($p=0,02$).

O desconhecimento do mecanismo de prevenção do HIV/AIDS, sífilis e hepatite B pelo uso de preservativo mais que triplicou a chance de IST na amostra (OR 3,65; IC 95% 1,16 - 7,97). As outras questões de conhecimento não influenciaram significativamente no desfecho (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise univariada entre o conhecimento sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B e a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017

Conhecimento sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B (n=168)	Prevalência de IST +	p valor	OR	IC 95%
Você sabe o que é AIDS				
Não sabe	34,4%	0,01	2,84	1,16 – 6,79
Sabe	15,4%		1	
A pessoa com AIDS sempre apresenta os sintomas da doença				
Não sabe	20,2%	NS	1,21	0,54 – 2,81
Sabe	17,2%		1	
O vírus da AIDS pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários				
Não sabe	23,6%	NS	1,61	0,70 – 3,60
Sabe	16,1%		1	
O uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS				
Não sabe	25,6%	NS	1,67	0,68 – 3,90
Sabe	17,0%		1	
Existe uma camisinha específica para as mulheres				
Não sabe	21,4%	NS	1,21	0,25 – 4,42
Sabe	18,3%		1	
O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas pode transmitir AIDS				
Não sabe	16,7%	NS	0,84	0,03 – 6,38
Sabe	19,1%		1	

A AIDS é uma doença que tem tratamento

Não sabe	16,7%	NS	0,82	0,25 – 2,26
Sabe	19,6%		1	

A AIDS é uma doença que tem cura

Não sabe	24,2%	NS	1,44	0,52 – 3,70
Sabe	18,0%		1	

Você sabe o que é sífilis

Não sabe	20,9%	NS	1,21	0,54 – 2,66
Sabe	17,8%		1	

O uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão de sífilis

Não sabe	25,0%	NS	1,73	0,77 – 3,83
Sabe	16,1%		1	

Você sabe o que é hepatite B

Não sabe	23,0%	NS	1,71	0,77 – 3,87
Sabe	14,8%		1	

O uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão da hepatite B

Não sabe	21,7%	NS	1,40	0,64 – 3,09
Sabe	16,5%		1	

Conhecimento sobre HIV (% de acerto)

Menos de 50%	29,1%	NS	0,51	0,19 – 1,35
Mais de 50%	17,3%		1	

Conhecimentos sobre o uso da camisinha (% de acertos)

Até 50%	34,6%	0,02	3,65	1,16 - 7,70
Mais de 50%	16,3%			

Aplicou-se o teste estatístico do qui quadrado ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). NS: Não significativo.

As percepções distorcidas sobre os fatores de risco para HIV, sífilis e hepatite B apresentaram forte influência sobre a chance de infecção nesta amostra. Acreditar que não tem risco de contrair sífilis quase triplicou a chance de positividade nos testes para IST (OR 2,98; IC 95% 1,27 – 7,51). Acreditar não ter risco de contrair hepatite B foi significativo ($p=0,04$), mas o OR foi <1 . As demais questões de percepção não influenciaram significativamente no desfecho (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise univariada entre a percepção sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B e a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017

Percepção sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B (n=168)	Prevalência de IST +	p valor	OR	IC 95%
As pessoas mais velhas não precisam se preocupar com a AIDS				
Não concorda	18,4%	NS	1,47	0,44 - 4,32
Concorda	25,0%		1	
A AIDS somente pega em gays, prostitutas e viciados em drogas				
Não concorda	22,7%	NS	1,29	0,39 - 3,71
Concorda	18,5%		1	
Você tem medo de pegar AIDS				
Não	30,4%	NS	2,09	0,73 - 5,57
Sim	17,2%			
Você acha que tem risco de pegar AIDS				
Não	20,0%	NS	1,19	0,54 – 2,66
Sim	17,3%		1	
Você acha que a AIDS é uma doença grave				
Não	21,7%	NS	1,20	0,36 – 3,42
Sim	18,7%		1	
Você acha que a AIDS é uma doença que mata				

Não	11,7%	NS	0,54	0,07 – 2,21
Sim	19,9%		1	
Você acha que tem risco de pegar sífilis				
Não	10,7%	0,01	2,98	1,27 – 7,51
Sim	26,4%		1	
Você acha que tem risco de pegar hepatite B				
Não	12,3%	0,04	0,43	0,17 – 0,99
Sim	24,5%		1	
Percepção sobre IST (% de distorção)				
Mais de 40%	31,6%	NS	2,18	0,75 – 6,27
Menos de 40%	17,4%		1	

Aplicou-se o teste estatístico do qui quadrado ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). NS – Não significativo.

A análise univariada entre o comportamento de risco e a soroprevalência de IST como desfecho teve como variáveis estatisticamente significativas: fazer uso de cocaína injetável com prevalência de IST de 40% ($p=0,02$) e esse grupo apresentou quase três vezes mais chance de contrair IST (OR 2,95; IC 95% 1,04 – 18,4), e sofrer abuso sexual na prisão com prevalência de IST de 50% ($p=0,02$) e as chances quase quintuplicaram entre essas mulheres (OR 4,47; IC 95% 1,06 – 32,7).

Tabela 7 – Análise univariada entre o comportamento de risco e a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, 2017

Comportamento de risco (n=168)	Prevalência de IST	p valor	OR	IC 95%
Recebe visita íntima	26,3%	NS	1,60	0,42 – 5,26
Não recebe	18,1%			
Usa camisinha				
Sempre	27,1%	NS	0,46	0,21 – 1,01
Nem sempre	14,7%		1	

Uso incorreto da camisinha	22,5%	NS	1,47	0,67 – 3,19
Uso correto da camisinha	16,5%		1	
Mulher que faz sexo com mulher	14,0%	NS	0,56	0,24 – 1,32
Mulher que faz sexo com homem	22,3%		1	
Faz sexo fora do relacionamento	8,3%	NS	0,34	0,07 – 1,55
Não/solteira	20,8%		1	
Relação sexual dentro do presídio	18,9%	NS	0,99	0,44 – 2,23
Não	19,0%		1	
Faz uso de cocaína injetável	40,0%	0,02	2,95	1,04 – 18,4
Não	18,4%		1	
Sofreu abuso sexual na prisão	50,0%	0,02	4,47	1,06 -32,7
Não	18,4%		1	

Aplicou-se o teste estatístico do qui quadrado ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). NS – Não significativo.

Os demais comportamentos não apresentaram significância estatística conforme mostra a tabela 7, no entanto ressaltamos que 11,3% das mulheres receberam visita íntima durante o encarceramento.

Tabela 8 – Análise multivariada entre as características sociodemográficas, conhecimento e percepção sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B, e comportamento de risco considerando a soroprevalência de IST como desfecho das mulheres privadas de liberdade da Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, Roraima, 2017

Variável explicativa	OR ajustado	IC 95%	p valor
Ter mais de 30 anos	2,57	1,03 – 6,40	0,04
Escolaridade até ensino fundamental	2,77	1,08 – 5,05	0,03
Pouco conhecimento sobre o uso da camisinha	2,37	1,01 – 7,31	0,04
Acha não ter risco de pegar sífilis	2,36	1,08 – 6,50	0,03
Abuso sexual	4,93	0,48 – 49,8	NS
Não sabe do HIV	1,88	0,71 – 5,08	NS
Uso da cocaína	2,72	0,31 – 23,4	NS
Acha não ter risco de pegar hepatite B	0,87	0,67 – 1,45	NS

O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$. NS – Não significativo.

A análise multivariada confirmou como fatores associados à aquisição de IST: ter mais de 30 anos de idade (OR ajustado 2,57; IC 95% 1,03 – 6,40); escolaridade até ensino fundamental (OR ajustado 2,77; IC 95% 1,08 – 5,05); pouco conhecimento sobre o uso da camisinha (OR ajustado 2,37; IC 95% 1,01 – 7,31), e achar que não tem risco de pegar sífilis (OR ajustado 2,36; IC 1,08 – 6,50), e estas variáveis mantiveram-se estatisticamente associadas à soroprevalência de IST como desfecho ($p < 0,05$) (Tabela 8).

7 DISCUSSÃO

Pode-se considerar que o grau de participação obtido é bastante satisfatório. A participação na pesquisa foi proposta a todos aqueles que já se encontravam na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista (RR), único estabelecimento prisional feminino do estado, um total de 179 mulheres, e 168 (93,8%) aceitaram participar da pesquisa. Essa população corresponde a 7,4% da população privada de liberdade do estado.

Vários estudos, demonstraram que a oferta de testes para o HIV tem uma alta taxa de adesão na prisão e pode ser usada de forma viável para a detecção do HIV nas prisões, sendo uma oportunidade para o diagnóstico e tratamento precoce, além de proporcionar uma oportunidade para avaliar e abordar comportamentos de risco de transmissão para o HIV (BECKWITH et al., 2007; BECKWITH et al., 2011).

A utilização dos testes rápidos para o diagnóstico da sífilis tem se mostrado uma estratégia eficaz na implementação de novas medidas de abordagem para o diagnóstico rápido e preciso, assim como, no tratamento precoce durante a assistência à população em geral, principalmente na atenção às mulheres durante o pré-natal e o parto. Assim como pode ser utilizado em situações específicas, nas quais exista dificuldade de acesso geográfico a serviços ou a insumos laboratoriais, como no contexto em que esta pesquisa foi desenvolvida (MIRANDA et al., 2009; PINTO et al., 2014)

Os homens têm menos probabilidade de fazer o teste para o HIV, são menos propensos a buscar o tratamento antirretroviral e têm mais chances de morrer por complicações relacionadas à aids que as mulheres. Globalmente, menos da metade dos homens que vivem com HIV está em tratamento, em comparação com 60% das mulheres (UNAIDS, 2017c).

Em um projeto de implementação de teste rápido voluntário para o HIV em prisões nos Estados Unidos, realizado em quatro estados, foram realizados 33.211 testes em presos, 35% deles nunca haviam se testado para o HIV antes na vida (MACGOWAN et al., 2009).

Estudos prospectivos sobre estratégias de teste voluntário para o HIV em prisões mostraram que a aceitação do teste entre homens e mulheres foram elevadas e que se os testes estivessem disponíveis dentro das primeiras 24 horas da entrada na prisão, a aceitação era ainda maior (KAVASERY et al., 2009). A alta aceitação do teste neste estudo mostra a relevância da pesquisa, sendo uma estratégia para a

implementação da testagem do HIV, sífilis e das hepatites virais e busca ativa no ambiente prisional.

No estudo de Marris (1996) realizado em Sorocaba (SP) no Presídio Regional e na Casa de Detenção, em 1995, obteve-se participação de 90,2%. Houve um alto grau de participação nos estudos realizados em um presídio de São Paulo, em 2000, de 97% (STRAZZA et al., 2007), e na Penitenciária I de São Vicente (SP), em 2007, de 94,1% para realização de sorologia (MAERRAWI, 2012). Mais recentemente, em 2016, o estudo realizado entre os recém-detidos no DF a participação foi de 73,6% (MOURA, 2017).

No presente estudo a grande maioria das mulheres avaliadas se consideraram cisgênero, ou seja, indivíduo que se identifica, em todos os aspectos, com o seu gênero de nascença, e uma pequena minoria, transgênero, pessoas que não se identificam com o seu sexo biológico. A orientação sexual não está relacionada com a identidade de gênero das pessoas. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos são considerados aqueles em que os indivíduos têm a garantia de suas escolhas e de exercê-las, sejam elas de orientação sexual ou ligadas à reprodução. É, portanto, o direito de ter o controle do próprio corpo (UNODC, 2012).

Pode-se dizer que as discussões e as mudanças relativas aos papéis sociais masculinos e femininos e à afirmação da diversidade sexual decorrem, em grande parte, das lutas e das conquistas de direitos políticos dos movimentos feministas e de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), que se somam aos interesses de ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva, como também ao controle do HIV/AIDS, à conquista dos direitos sociais e civis e ao combate à homofobia, promovidos nos setores governamentais (UNODC, 2012).

A incorporação desses direitos segue importantes avanços na sociedade em geral e devem igualmente se expandir aos contextos sociais mais sensíveis, como é o caso do Sistema Prisional. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP) incluiu em suas diretrizes o respeito ao que determina a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (UNODC, 2012).

Historicamente, a ótica masculina tem se potencializado no contexto prisional, com reprodução de serviços penais direcionados para homens, deixando em segundo plano as diversidades que compõem o universo das mulheres, que se relacionam com sua raça e etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero,

nacionalidade, situação de gestação e maternidade, entre tantas outras nuances (BRASIL, 2014b, 2014c).

A maioria (48,8%) das mulheres avaliadas são naturais de Roraima, uma proporção importante (48,2%) é procedente de outras UF, sobretudo dos estados do Amazonas, Pará e Maranhão, e 5% de outros países, quatro da Venezuela e uma da Colômbia. Os estrangeiros são considerados um grupo socialmente vulnerável. Dados do sistema prisional brasileiro mostram que 56% dos estrangeiros são provenientes do continente americano (BRASIL, 2017a).

Dentre os participantes do estudo de Marins (1996), em São Paulo, 68,3% dos detentos eram naturais de São Paulo; no estudo de Lourenço (1992), realizado na Casa de Detenção de São Paulo, 65% dos detentos eram naturais do mesmo estado; e no estudo realizado no Piauí, 77,1% eram do próprio estado (ARAUJO; ARAÚJO FILHO; FEITOSA, 2015).

De acordo com os dados sociodemográficos deste estudo, a maioria das mulheres privadas de liberdade estão na idade adulta, são solteiras e possuem baixa escolaridade.

A média de idade de $36,5 \pm 9,5$ anos encontrada, é superior à média encontrada no estudo sobre o perfil sociodemográfico e prisional da população penitenciária feminina brasileira realizado entre 2014 e 2015 em que a média de idade das entrevistadas foi de 33,4 anos (IC 32,8 – 33,9), sendo 27,5 anos (IC 27,0 – 28,1) a média de idade do primeiro ingresso no sistema prisional e 30,3 anos (IC 29,8 – 30,9) a média de idade do ingresso no sistema prisional atual (FREIRE, 2017).

Em estudos mais antigos como o realizado no completo prisional do Carandirú (SP) em 1997 e 1998 a média de idade (32,4 anos) era similar ao encontrado em SP por Freire (2017), porém a população era constituída de mulheres jovens, 55,4% tinham menos de 31 anos de idade (LOPES et al., 2001), divergindo do presente estudo, onde 53,6% tem mais de 30 anos com variação de 18 a 60 anos de idade. Na Penitenciária Feminina de Teresina (PI) com alta prevalência de sífilis (25,2%), em 2013, a média de idade foi de $31,1 \pm 11,9$ anos, IC (31,1 a 35,2) com variação de 18 a 68 anos de idade, 54,2% tinham até 30 anos de idade (ARAUJO; ARAÚJO FILHO; FEITOSA, 2015).

Dados do INFOPEN Mulheres de junho de 2016, apontam que 50% da população prisional feminina é formada por jovens, considerados até 29 anos, segundo classificação do Estatuto da Juventude. A concentração de jovens persiste

em todos os estados, porém destacam-se os estados do Acre, Sergipe e Rio Grande do Norte, em que mais de 7 em cada 10 pessoas privadas de liberdade são jovens (BRASIL, 2018b).

Na análise acerca do aprisionamento em diferentes faixas etárias da população criminalmente imputável, é possível verificar que as chances de mulheres entre 18 e 29 anos serem presas no Brasil é 2,8 vezes maior do que as chances de mulheres com 30 anos ou mais serem presas. Existem 101,9 jovens (de 18 a 29 anos) presas para cada 100 mil mulheres brasileiras com mais de 18 anos, enquanto que a taxa de mulheres com 30 anos ou mais (não jovens) presas é equivalente a 36,4 para cada grupo de 100 mil mulheres acima de 18 anos (BRASIL, 2018b).

Em relação ao estado marital, verificou-se que há maior predominância de mulheres solteiras (50%) seguindo uma tendência nacional (62%), evidenciada no levantamento realizado em junho de 2016 (BRASIL, 2018b). Em estudo realizado em Teresina 64,9% das detentas eram solteiras, separadas ou viúvas (ARAÚJO; ARAÚJO FILHO; FEITOSA, 2015).

A baixa escolaridade das mulheres avaliadas nesta pesquisa onde 37,5% possuem até o ensino fundamental e 47% até o ensino médio, é equivalente ao apresentado na literatura em que 48,6% da população feminina de São Paulo no ano de 2007 cursaram da 5ª a 8ª série (COELHO et al., 2007).

Muitos estudos confirmam que a maioria das mulheres presas tem baixa escolaridade e exercem atividades de baixa remuneração fora da prisão (STRAZZA et al., 2007; WOLFF, 2007). No estudo de Freire (2017) 61,4% da população estudada não tinha acessado ao nível médio. Menor proporção de acesso ao ensino médio, menos de 15%, foi encontrado no Completo Prisional Carandirú entre 1997 e 1998, a maioria (70,7%) das detentas tinham no máximo o ensino fundamental (LOPES et al., 2001). Dados nacionais recentes mostram que 75% da população prisional brasileira ainda não acessou o ensino médio, tendo concluído, no máximo, o ensino fundamental (BRASIL, 2017a), entre as mulheres essa proporção é de 65% (BRASIL, 2018b).

No presente estudo 4,8% da população não tem estudo, valor superior à média nacional de 4% para os dois sexos (BRASIL, 2017a) e de 2% entre as mulheres (BRASIL, 2018b). Freire (2017) encontrou 3% de analfabetos. Dados recentes, mostram que Alagoas e Rio Grande do Norte possuem 20% de analfabetos, cada, valor 10 vezes maior que a média nacional, seguido do Piauí (14%) e Paraíba (11%)

(BRASIL, 2018b). Estudos mostram que apesar de algumas mulheres terem um ou mais anos de estudo não se apropriaram do conhecimento, o que pode ser reflexo de fragilidades no sistema educacional brasileiro.

Nos estudos mais antigos os índices de analfabetismo variam muito. Lopes e colaboradores (2001) encontraram 11,5% de mulheres sem estudo no Complexo Prisional do Carandirú entre 1997 e 1998. Em 2006, foi relatado na Penitenciária Feminina do Butantã (SP), que 4,3% das mulheres analisadas eram analfabetas (STRAZZA; AZEVEDO; CARVALHO, 2006), e 0,7% das reeducandas do Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia em 2005 (SCHAPER, 2005).

Em contrapartida 10,7% da população avaliada tinha o ensino superior incompleto/completo enquanto no estudo de Lopes e colaboradores (2001) eram 4,5%; no estudo de Freire (2017) 3,6%; e a média nacional de 3% (BRASIL, 2018b).

A religião evangélica foi a predominante entre as mulheres avaliadas neste estudo (44,6%). No estudo de Freire (2017) quase a metade das entrevistadas eram católicas, bem como a grande maioria das mulheres com privação de liberdade do estudo em Teresina em 2013 (ARAÚJO; ARAÚJO FILHO; FEITOSA, 2015). As condições arquitetônicas das prisões femininas expressam a ausência de instalações adequadas para proporcionar às mulheres presas a prática de esportes, lazer, recreação ou trabalho. Ao contrário, são obrigadas em alguns estabelecimentos a se vincularem a alguma “denominação evangélica” ou terem próxima à cama apenas a “Bíblia Sagrada” (BRASIL, 2018a).

O número de mulheres privadas de liberdade cresceu no país mais de 600% nos últimos 15 anos. Se analisarmos a evolução da taxa de aprisionamento de homens e mulheres em relação à população nacional desagregada por gênero, é possível afirmar que, o ritmo de crescimento da população prisional no Brasil é acelerado e contrapõe as tendências mais recentes dos países que historicamente investiram em políticas de encarceramento em massa (BRASIL, 2014c).

Quando olhamos a evolução da população de mulheres no sistema prisional esse movimento de encarceramento é muito contundente (BRASIL, 2014c). Em junho de 2016, a taxa de aprisionamento do país era de 40,2 mulheres presas para cada grupo de 100 mil mulheres, a taxa de 67 por 100 mil mulheres de Roraima é 65% maior que a média nacional, demonstrando a magnitude desse problema, e uma escalada da violência entre as mulheres.

No Brasil, em torno de 70% das mulheres possuem vinculação penal por envolvimento com o tráfico de drogas. A maioria dessas mulheres ocupa uma posição coadjuvante no crime, realizando serviços de transporte de drogas e pequeno comércio; muitas são usuárias, sendo poucas as que exercem atividades de gerência do tráfico. A forma e os vínculos com que as mulheres estabelecem suas relações familiares, assim como o próprio envolvimento com o crime, apresentam-se, em geral, de maneira diferenciada quando comparado este quadro com a realidade dos homens privados de liberdade (BRASIL, 2014b).

Com a crescente taxa de encarceramento feminino, o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), lançou em 2011, por meio da Diretoria de Políticas Penitenciárias, o projeto “Efetivação dos Direitos das Mulheres no Sistema Penal”, com o objetivo de melhorar a atenção a população feminina carcerária e egressa do sistema penal brasileiro, por meio da estruturação de políticas e ações voltadas a esse público, usando como base os dados do Sistema de Informação Penitenciária (SISPEN) (BRASIL, 2011).

A taxa de ocupação das mulheres com privação de liberdade em Roraima de 228% é 45% superior à média nacional (156,7%) (BRASIL, 2018b). A superlotação, assim como a violência, deficiência de iluminação, ventilação, meios de higiene pessoal e nutrição, acesso à água potável e serviços médicos contribuem para o aumento da vulnerabilidade dessa população à infecção pelo HIV, aumentando também as taxas de morbimortalidade em relação ao HIV (UNAIDS, 2007).

Esta situação reflete um grave problema de saúde pública em que o Sistema Prisional pode funcionar como um mecanismo aglomerador desses tipos de infecções e constituir um foco disseminador para a população geral (CARVALHO et al., 2006; MASSAD et al., 1999), e determinam a vulnerabilidade aos problemas de saúde, com alto risco e prevalência para infecções pelo HIV, HBV e HCV e outras IST comumente observados nesses ambientes (MASSAD et al., 1999; FRANÇA et al., 2000).

A superlotação é, por si, elemento capaz de caracterizar o cumprimento da pena como cruel, desumano ou degradante. Da mesma forma, ela repercute em diversas outras dimensões da privação de liberdade, a exemplo da privação de direitos, do uso da violência como instrumento estatal para manutenção do “controle” ou “segurança” da unidade prisional e da ausência de fornecimento de direitos ou serviços básicos, como alimentação, acesso a água, educação, saúde, condições de higiene, entre outros (BRASIL, 2018a).

A construção de novos estabelecimentos tem sido considerada pelo Estado como forma de minimizar essa problemática, porém, além da geração de novas vagas não acompanhar o crescimento da população presa, é necessário adotar o uso racional da pena privativa de liberdade, sendo o Sistema de Justiça diretamente responsável por tal adoção (BRASIL, 2018a).

Na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, a falta de acesso à justiça é evidenciada pelo alto número de prisões provisórias (45,8%). As informações sobre o tempo total de pena determinado para a população prisional condenada apontam que 59,8% foram condenadas a até 96 meses de prisão, enquanto a média geral nacional é de 54% (BRASIL, 2017a). E com relação ao tempo de encarceramento efetivo 74,8% das mulheres avaliadas têm até 24 meses de reclusão, o tempo mínimo foi de 15 dias e o máximo de 119 meses. No estudo de Camargo e colaboradores (2012) envolvendo mulheres HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná o tempo de reclusão médio foi de $25 \pm 12,6$ meses com o mínimo de 11 meses e o máximo de 44 meses.

Este estudo encontrou a prevalência de 20,2% (IC 95% 12,52 – 28,73) para as IST entre as mulheres que cumprem pena na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, além de alta, sabe-se que a presença de IST favorece a infecção pelo HIV; para o HIV a prevalência foi de 4,7% (IC 95% 2,08 – 9,17), para sífilis de 15,5% (IC 95% 10,37 -21,85), e para hepatite B de 0,0%. A coinfeção HIV/sífilis foi de 1,2%.

No estudo realizado na Penitenciária Feminina do Estado do Ceará em 2010, com 155 mulheres, representando 60% das mulheres privadas de liberdade do estado mostrou que 13,5% das mulheres apresentaram alguma manifestação de IST, antes do aprisionamento; e em nove (5,8%) foram diagnosticadas algumas dessas doenças depois do ingresso na instituição. Dentre essas IST diagnosticadas antes da detenção, a sífilis foi a mais frequente, com 10 (47,6%) casos, e dois (22,2%) casos depois da prisão (NICOLAU et al., 2012).

O estudo de Minotto (2017) entre 727 jovens da capital e mais quatro cidades de Roraima encontrou a prevalência para IST de 5,8% (IC 95% 4,2 – 7,8), para HIV de 0,9% (IC 95% 0,42 – 1,98), para sífilis de 3,2% (IC 95% 2,10 – 4,84), e para hepatite B de 1,8% (IC 95% 1,05 – 3,17).

No presente estudo a prevalência de infecção pelo HIV (4,7%) foi cinco vezes maior que na população geral de Roraima (0,9%) e de 11 vezes a do Brasil (0,4%) (MINOTTO, 2017). No mundo todo, estudos apontam que a infecção do HIV entre pessoas privadas de liberdade é mais elevada do que entre a população em geral

(FREIRE, 2017). Estudos com mulheres privadas de liberdade encontraram prevalências de infecção pelo HIV de 18,8% em Nova York, em 1991 (SMITH et al., 1991); de 8,8% no Canadá, em 2004 (POLIN et al., 2007); de 10,8% na Espanha, em 2008 (MARCO; SAIZ; GARCIA-GUERREIRO, 2012); e de 2,6% na França (SEMAILLE et al., 2013).

Prevalências altas foram detectadas em estudos em prisões femininas no Brasil no final de 1980 e no início dos anos 90, como a encontrada em presídio do município de São Paulo de 18,3% (QUEIROZ et al., 1987), porém a maior prevalência de HIV foi de 26% no presídio de São Paulo, em 1997, associado a UDI (FERREIRA, 1997).

Ao longo dos anos a prevalência de infecção pelo HIV vem diminuindo nos presídios femininos do país, no estudo realizado no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia, em 2011, a prevalência foi de 0,7% (NASCIMENTO, 2012), no Mato Grosso do Sul, de 1,9% em 2013, e de 1,9% em 12 presídios de várias cidades, em 2014 (SGARBI, 2015), e em Goiás foi de 4,9% (NEVES, 2014) similar a prevalência encontrada em Roraima.

Estudos mais recentes, sobre o perfil sociodemográfico e prisional da população penitenciária feminina brasileira em 15 penitenciárias, de 9 estados, realizado nos anos de 2015 e 2016 encontrou a prevalência de 2,3% (FREIRE, 2017), prevalência similar (2,8%) foi encontrado entre 76,5% das mulheres privadas de liberdade do Sistema Prisional Feminino envolvendo sete presídios da capital e 12 do interior de São Paulo em 2015 (MATIDA et al., 2015).

Segundo levantamento do INFOPEN de junho de 2014, existiam 2.864 pessoas portadoras de HIV no sistema prisional do país. Esse total representa 1,2% do total de presos nas unidades que informaram o dado, o que equivale a uma taxa de incidência de 1.215,5 para cada cem mil pessoas presas. Taxa 60 vezes maior que a da população total brasileira, de 20,4 por 100 mil, segundo dados do DATASUS/MS. Entre as mulheres com agravos transmissíveis, 46% são portadoras do HIV e 35% são portadoras de sífilis. No caso dos homens, a incidência do HIV é consideravelmente menor (28%) entre os homens presos que têm agravos transmissíveis (BRASIL, 2014b).

Em 2016, no levantamento do INFOPEN Mulheres foi observado uma taxa global de 31 pessoas portadoras do vírus HIV para cada grupo de mil mulheres privadas de liberdade. Em relação à sífilis, são 27,7 mulheres portadoras da doença

em cada grupo de mil (BRASIL, 2018b). Na população geral a taxa é de 18,5 casos por cem mil habitantes (BRASIL, 2017d)

A prevalência de infecção pelo HIV encontrada no presente estudo é quase o dobro da prevalência encontrada nos presídios do país nos últimos anos. Porém, apresentou-se menor em relação a prevalência do HIV em profissionais do sexo (5,3%) (BRASIL, 2017d). Contudo, é importante ressaltar que algumas dessas mulheres que estão em prisões podem fazer parte da população de profissionais do sexo. Chama a atenção que a prevalência encontrada em Roraima de sífilis foi o triplo da prevalência de infecção pelo HIV, porém as taxas nacionais desses agravos no sistema prisional mostram valores mais elevados para o HIV.

A prevalência de sífilis encontrada neste estudo é quase cinco vezes maior que na população geral de Roraima (3,2%) (MINOTTO, 2017), e quase três vezes superior à média nacional (5,2%) (BRASIL, 2017d), e embora muito elevada, é menor que a encontrada em mulheres privadas de liberdade de Recife (PE), em 2013, de 23,8% (ALMEIDA, 2014); em São Paulo de 22,8%, em 2000 (STRAZZA et al., 2004); e similar a prevalência encontrada por Miranda e colaboradores (2000) no Espírito Santo de 15,5% em 1997. No entanto, a prevalência encontrada no sistema prisional do estado de São Paulo em 2015 foi de 6,8% (MATIDA et al., 2015), quase a metade da encontrada em Roraima.

A ausência de marcador de infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) na população estudada chamou muito a atenção, pois, além de apresentar uma prevalência na população geral de Roraima de 1,8% (MINOTTO, 2017), a infecção pelo VHB apresenta similaridade com as rotas de transmissão com o HIV, não sendo incomum, inclusive, a coinfeção, além disso os estudos mostram que a prevalência do VHB, proporcionalmente, costuma ser superior na população com privação de liberdade, no mundo, como a prevalência encontrada no Irã de 27,2%, e no Brasil, nas prevalências encontradas em prisão de Goiânia de 26,4% e de Ribeirão Preto (SP) de 19,5% (COELHO et al., 2009; BARROS et al., 2013; DANA et al., 2013).

As infecções tanto podem ser trazidas para dentro da prisão, como podem ser adquiridas dentro dela e serem transmitidas para o ambiente externo durante relações sexuais com parceiros e após a ressocialização desses presidiários na comunidade de origem (MASSAD et al., 1999).

A maioria das prisioneiras adquirem o HIV antes de serem encarceradas (KAMARULZAMAN et al., 2016). Neste estudo, a grande maioria das mulheres com

HIV (87,5%) já sabiam do diagnóstico antes de ingressar na prisão. No estudo de Freire (2017) mais da metade das mulheres soropositivas (57,8%), estavam fora da prisão quando receberam o resultado do teste para o HIV.

Em uma pesquisa realizada com detentas no estado do Paraná, todas as participantes do estudo haviam sido diagnosticadas com o HIV antes de serem presas (DE CAMARGO et al., 2012). Contudo, estudos recentes apontam que mais da metade das pessoas que estão infectadas pelo HIV e encontram-se presas não conhecem seu *status* sorológico (AZBEL et al., 2015; ALTICE et al., 2016). Isso aponta a falta de interesse por parte dos profissionais de saúde no cuidado à saúde da população prisional. Visto que é uma população carente de cuidados, onde muitos nunca tiveram a oportunidade de realizar o teste para o HIV, o que nos mostra que a prisão pode ser um momento oportuno para realizar o mesmo (FREIRE, 2017).

No estudo de Almeida (2014), sobre o perfil clínico e epidemiológico da sífilis em reeducandas de Recife, em 2013, uma pequena parcela sabia do diagnóstico para sífilis, e para a maioria o presídio foi o local para a realização do exame diagnóstico, e algumas mulheres tiveram o diagnóstico da sífilis relacionados ao período gestacional.

Foi evidenciado que as mulheres com idade mais elevada tiveram uma maior prevalência de IST ($p=0,007$) e o triplo de chance de ser mais acometida que a população mais jovem (OR 3,16; IC 95% 1,35 – 7,96). Foi detectado maior prevalência de HIV entre as mulheres com idade mais elevada, a média de idade foi de 37,5 anos, variando de 25 a 52 anos de idade, e para sífilis de 38,1 anos, variando de 20 a 59 anos. Estudos mostram que o aumento da idade diminui a chance de a mulher realizar o teste para o HIV (GIRARDI; SABIN; MONFORTE, 2007; FREIRE, 2013). França Junior e colaboradores (2003) em uma pesquisa nacional sobre o acesso ao teste para o HIV no Brasil, encontraram menor cobertura de teste entre mulheres com 41 anos de idade ou mais.

Os achados deste estudo revelaram que quanto menor o nível de escolaridade maior é a chance de adquirir uma IST ($p=0,003$), as mulheres com nível de instrução até o ensino fundamental tiveram mais que o triplo de chance de contrair uma IST que as mulheres com ensino médio/superior (OR 3,25; IC 95% 1,44 – 7,55).

O nível de instrução facilita o acesso à informação sobre a infecção e as formas de prevenção para o HIV/AIDS, induzindo as pessoas privadas de liberdade a aceitação e a busca voluntária para a realização da testagem para o HIV

(SCHNEIDER et al., 2008). Além disso, a baixa escolaridade é um fator que está associado à exposição ao HIV, e outras IST, e consequente aumento da prevalência, como foi revelado nesta pesquisa.

Camargo e colaboradores (2012), em um estudo realizado com presidiárias soropositivas, observaram que a maioria das entrevistadas, não haviam terminado o primeiro grau (FREIRE, 2017). Refletindo a dificuldade de acesso à escola ou mais provavelmente o abandono precoce em detrimento do envolvimento com atividades ilícitas. Isto pode evidenciar o acesso mais restrito às informações sobre o risco da infecção pelo HIV e outras IST e medidas preventivas reforçando a vulnerabilidade deste grupo num contexto de pauperização da epidemia da aids (NASCIMENTO, 2012).

Com relação ao conhecimento sobre IST foi identificado que 34,4% das entrevistadas com IST não sabiam o que é aids ($p=0,01$), e por sua vez possuem quase o triplo de chance de ter IST (OR 2,84; IC 95% 1,16 – 6,79), portanto, o estudo demonstra que as mulheres que têm conhecimento sobre o HIV tiveram menor prevalência.

No estudo de Kuznetzoka e colaboradores (2010) a análise dos dados supõe que entre alguns detentos o conhecimento sobre o HIV/AIDS é permeado por equívocos que alimentam crenças em relação, às formas de prevenção e transmissão da doença, coincidindo com resultados encontrados por Akeke e colaboradores (2007). Nesse sentido, Launiala (2009) referiu que as atitudes estão associadas ao conhecimento, crenças, emoções e valores que podem ser positivos ou negativos. Pelto e Pelto (1997) descreveram que atitudes causais ou equivocadas podem ser consideradas como produto de crenças ou do conhecimento.

Entre as mulheres que tiveram até 50% de acertos nas questões de conhecimento sobre o uso da camisinha, a prevalência de IST foi superior as mulheres com mais de 50% de acertos ($p=0,02$), e essas mulheres tiveram mais que o triplo de chance de ter IST (OR 6,52; IC 95% 1,16 – 7,97). Evidenciando que a educação em saúde é essencial para implementação de ações voltadas para o HIV/AIDS, e através disso é possível incentivar o uso do preservativo, testagem para o HIV, ajudar a mulher reconhecer comportamentos de risco e diminuir o estigma e discriminação em relação a doença.

A OMS recomenda no guia de infecção do HIV/AIDS na prisão, que tanto os presos quanto os profissionais que trabalham no sistema prisional, devem receber

informações acerca da prevenção e transmissão do HIV (UNODC, 2009). Na maior parte das penitenciárias do Brasil são raras as ações de educação em saúde direcionadas aos detentos e funcionários sobre os riscos de infecção do HIV/AIDS (STRAZZA et al., 2006).

Quanto a percepção sobre HIV/AIDS, sífilis e hepatite B chama a atenção que entre as mulheres com alguma IST 10,7% acham que não possuem risco de contrair sífilis ($p=0,01$), e o estudo mostra que essas mulheres têm quase três vezes mais chance de adquirir uma IST (OR 2,98; IC 95% 1,27 – 7,51), e 12,3% das mulheres com alguma IST acham não ter risco de contrair hepatite B, embora estatisticamente significativo, o OR foi <1 .

Apesar de não ter havido caso de hepatite B entre as mulheres com baixa percepção de risco de infecção para essa doença, houve alta prevalência de IST, provavelmente devido a similaridade dos mecanismos de infecção. Uma possível explicação para esse fato é que 25,6% das mulheres com IST não sabem que o uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão do HIV, para sífilis são 25%, e para hepatite B 21,7%.

Muitas mulheres não se percebem em risco quanto a infecção pelo HIV, o que dificulta a realização do teste para o HIV e o uso do preservativo durante as relações sexuais (DE FIGUEIREDO et al., 2014; VIEIRA VILLELA; BARBOSA, 2017), sobretudo as que possuem parceiros fixos.

Em um estudo realizado com mulheres soropositivas para o HIV, a maioria das entrevistadas relatou que nunca havia usado o preservativo antes do diagnóstico e que mesmo após o conhecimento do resultado continuava com relações sexuais desprotegidas, não usando o preservativo sistematicamente (GIR et al., 2006). A dificuldade de negociar o uso do preservativo com o parceiro é um fator de suma importância para ser discutido na saúde pública em relação a prevenção, uma vez que essas mulheres podem ter contraído a doença do parceiro e não entenderem a importância do uso do preservativo, ou até mesmo o medo de contar que é positiva para o HIV e permanecem com relações sexuais desprotegida (FREIRE, 2017).

Nascimento (2012) identificou no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia um alto percentual (41,5%) de mulheres que relataram relações íntimas dentro do presídio, contudo afirmaram não utilizarem nenhum tipo de preservativo. Este comportamento expõe seus parceiros à infecção pelo HIV e outras IST, e estas relações podem funcionar como veículos de disseminação de infecções para o meio

externo ao presídio. Fora do ambiente prisional, no estudo realizado com grupo de jovens brasileiros em 2007, avaliando as práticas de risco em relação à infecção pelo HIV, mostrou uma redução no uso regular de preservativos com parceiros fixos e casuais, com relevância em indivíduos com baixo grau de escolaridade (SZWARCOWALD et al., 2011).

Entre as mulheres portadoras de HIV houve predomínio de solteiras (50%), no entanto, Vale e colaboradores (2016) identificaram que as mulheres casadas tinham mais chance de ter a infecção pelo HIV do que as solteiras. Em uma pesquisa sobre comportamento sexual e a infecção pelo HIV em mulheres presas em um presídio de São Paulo, mostrou que ter parceiro sexual fixo foi quase quatro vezes maior o risco de se infectar pelo HIV do que aquelas que não tinham parceiro (STRAZZA et al., 2007).

Na análise univariada entre o comportamento de risco e a soroprevalência de alguma IST como desfecho foi encontrado maior prevalência de IST entre as mulheres que referiram UDI ($p=0,02$), e foi quase três vezes maior o risco de se infectar do que aquelas mulheres que não fazem uso de UDI (OD 2,95; IC 95% 1,04 – 18,4). Entre as mulheres que referiram ter sofrido abuso sexual na prisão a prevalência de IST foi significativamente maior ($p=0,02$) e essas mulheres tiveram quase cinco vezes mais risco de contrair IST (OR 4,47; IC95% 1,06 – 32,7).

Estudos apontam que os presidiários apresentam alto risco de se adquirir uma IST, aids e outras infecções, devido à transmissão parenteral e sexual, como compartilhamento de seringas e sexo desprotegido, pois o uso de drogas injetáveis e a atividade homossexual são comportamentos frequentemente relatados por essa população (DE ALBUQUERQUE, 2014).

A exposição a comportamentos de risco dos sujeitos privados de liberdade inicia-se ainda em indivíduos jovens e anterior ao encarceramento (NASCIMENTO, 2012). Considerando que determinados comportamentos podem aumentar o risco de infecção pelo HIV/AIDS, a prática do sexo sem preservativo e o uso de drogas, são fatores que estão fortemente associados à infecção pelo HIV e outras IST e aumentam a vulnerabilidade das mulheres na prisão (SCHAPER, 2005; DE CAMARGO et al., 2012; KAMARULZAMAN et al., 2016).

Ter mais de 30 anos, ter escolaridade até ensino fundamental, ter pouco conhecimento sobre o uso de camisinha, e achar que não tem risco de pegar sífilis mantiveram-se estatisticamente associadas a soroprevalência de alguma IST

($p < 0,05$) e foram considerados fatores de risco para a aquisição de IST pela análise multivariada.

Além disso, é importante enfatizar que a dificuldade de acesso à saúde tem um enorme impacto na vida de mulheres que se encontram em prisões e que vivem com o HIV, que afeta não somente a vida dessas mulheres, mas pode refletir na sociedade em geral (BEYRER; KAMARULZAMAN; MCKEE, 2016). A realidade da saúde em prisões ainda é precária e negligenciada (AILY et al., 2013). Além de que, a população privada de liberdade tem um número mais elevado de pessoas que vivem com HIV e pouco acesso aos cuidados de saúde, testagem para HIV, ações de prevenção, tratamento para o HIV e além disso, sofrem discriminação pelos outros presidiários e profissionais do estabelecimento prisional (WEINSTEIN; GREENSPAN, 2003; DAS; HORTON, 2016).

No sistema prisional ainda existem muitas barreiras em relação a testagem para o HIV, uma delas está relacionada à deficiência de informações e educação em saúde dentro dos presídios, limitando o acesso em relação a prevenção das IST (FREIRE, 2017). Vale ressaltar que o aconselhamento é um componente essencial antes e após a realização do teste para o HIV, pois pode reduzir os comportamentos de risco sexual relacionados ao HIV em pessoas diagnosticadas com HIV (KAVASERY, et al., 2009; KAMARULZAMAN et al., 2016).

A dificuldade do acesso à saúde e aos programas relacionados ao HIV/AIDS e outras IST no sistema penitenciário, tem sido uma barreira para o diagnóstico precoce dessas doenças no ambiente prisional (ALTICE et al., 2016; BEYRER; KAMARULZAMAN; MCKEE, 2016; DAS; HORTON, 2016). Além disso, a mulher apresenta uma dinâmica quanto a recidiva na prisão maior do que o homem, porém o homem permanece mais tempo preso do que a mulher, como encontrado no estudo de Poulin e colaboradores (2007), onde o número de vezes que a mulher havia sido presa foi maior do que a média do número de vezes que o homem, e quanto ao tempo de prisão, a média de permanência da mulher foi de 26 meses e o homem 40 meses (FREIRE, 2017).

As mulheres são mais abandonadas que os homens quando vão para a prisão, poucas recebem visitas dos seus companheiros, ao contrário dos homens que, em sua maioria, são regularmente visitados, o que evidencia o papel da mulher na sociedade tida como cuidadora (UNODC, 2012). Evidenciamos esse fato no presente estudo, onde somente 11,3% das mulheres privadas de liberdade recebem visita

íntima. Alguns estudos mostram que muitas vezes o abandono se estende para familiares. No estudo de Freire (2017) 33,2% das entrevistadas são visitadas pela mãe, e 32,2% não recebem visitas. Muitas vezes, são presas em lugares longe de suas casas, o que pode limitar a possibilidade de visitas de suas famílias e de redes de apoio.

Entre os direitos da pessoa presa, preconizados pela LEP, encontra-se o direito a receber visita do cônjuge, da companheira, de parentes e amigos em dias determinados pela autoridade responsável. Para que o direito à visita social seja garantido, as unidades prisionais devem contar com ambiente destinado à realização da visita. Ao analisarmos a distribuição destes ambientes entre as unidades prisionais que abrigam mulheres no país, verificamos que uma em cada duas unidades femininas não contam com espaços nestas condições, inclusive a Cadeia Pública Feminina de Boa Vista (BRASIL, 2018b).

A qualidade dos cuidados de saúde prestados aos detentos sempre foi uma preocupação na maioria dos países e a tarefa de gerenciar os detentos infectados pelo HIV, bem como o desenvolvimento de atividades de prevenção, tornaram-se um grande desafio (MASON et al., 1997). A atividade sexual consentida ou não, o uso da tatuagem em condições precárias e o uso de álcool e drogas são condições toleradas nas prisões e facilitam a transmissão do HIV entre detentos (FERREIRA JUNIOR, 2011).

De acordo com as recomendações da OMS, o Governo Federal e estadual deve fornecer gratuitamente saúde de boa qualidade aos prisioneiros, e infraestrutura organizacional para os cuidados dentro das prisões (FREIRE, 2017).

Nesse sentido, a LEP, estabelece que as pessoas privadas de liberdade devem ter acesso à saúde integral garantido pelo Estado, na forma de atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 2018b). Nesta perspectiva, o Governo Federal criou, em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que objetiva garantir o acesso à saúde pelas pessoas privadas de liberdade, oferecendo ações e serviços de atenção básica dentro das unidades prisionais (ARAUJO; ARAÚJO FILHO; FEITOSA, 2015).

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014 pelo MS, as unidades prisionais com população prisional de 101 a 500 pessoas devem contar com atendimento mínimo de 20 horas semanais, com uma equipe (também mínima)

composta por um assistente social; um cirurgião-dentista; um enfermeiro; um médico; um psicólogo; um técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; um técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal. Além da PNAISP, tem-se a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), a qual se espera que os estados compactuem também (BRASIL, 2018b).

Ainda segundo a LEP, os estabelecimentos penais devem ser aparelhados para o oferecimento de atenção básica de saúde a todos os custodiados e, nos casos de média e alta complexidade, bem como quando inexistir estrutura adequada para o atendimento, o mesmo será prestado nos demais equipamentos de saúde pública da localidade, mediante autorização expressa pela direção do estabelecimento penal (BRASIL, 2018b).

A situação de vulnerabilidade das mulheres com privação de liberdade em Roraima, guarda muita semelhança com a existente em âmbito nacional e internacional. Nas visitas realizadas no ano de 2017 pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), a falta de acesso à saúde nas unidades femininas visitadas do país merece destaque. A Cadeia Pública Feminina de Boa Vista sequer apresentava equipe de saúde nos dias da visita do MNPCT (BRASIL, 2018a). Acrescido a isso, no INFOPEN Mulheres de junho de 2016 consta que não há profissionais de saúde em atividade nessa unidade prisional (BRASIL, 2018b).

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, não havia equipe de saúde na unidade prisional, a assistência é praticamente feita por meio de atendimentos nos serviços de emergência. As portadoras de doenças crônicas como o HIV/AIDS relataram dificuldade de acesso às consultas, mas sobretudo de realização de exames específicos para esta doença, o que pode interferir na adesão ao tratamento.

Segundo o relatório do MNPCT, quando necessário o atendimento externo a unidade prisional, na rede de saúde de referência na região, muitas vezes esses encaminhamentos não ocorrem ou são realizados em tempo não razoável em função da ausência de escolta, veículo ou combustível para o deslocamento, bem como por dificuldades organizacionais de triagem dos casos, agendamento de consultas e outros procedimentos (BRASIL, 2018a).

A inexistência de equipe de saúde multidisciplinar no sistema prisional, entre outros efeitos negativos, aparenta não haver uma preocupação em se saber o *status* imunológico para determinadas infecções, como o HIV, sífilis e hepatites nas unidades

prisoinais. No entanto, o SUS tem por finalidade a promoçãõ de maior qualidade de vida para toda a populaçãõ brasileira, garantindo uma assistênciã à saúde que tenha por base os princípios da universalidade, equidade, regionalizaçãõ, descentralizaçãõ e hierarquizaçãõ do atendimento.

Os ambientes de privaçãõ de liberdade custodiam pessoas que possuem necessidades específicas, transtornos mentais, adoecimentos prévios diversos, inclusive resultado de confronto com forças policiais no momento da prisãõ. Considerando também as condições de aprisionamento que por si só já se colocam como potencializadoras de doençãs e agravos, a ausênciã de serviçõs de atençãõ à saúde permanentes nos estabelecimentos prisoinais torna-se motivadora de sofrimento, de tensões e, em última medida, de negaçãõ ao direito à vida, haja vista que ocorrênciãs simples não tratadas, podem produzir graves danos à integridade física e mental, inclusive levando pessoas à morte (BRASIL, 2018a).

Em todo o mundo, as pessoas encarceradas suportam violações dos direitos humanos, condições insalubres de vida e dificuldades ou inexistênciã ao acesso à serviçõs de saúde (RUBENSTEIN et al., 2016). Segundo a OMS, problemas de saúde prosperam em ambientes de pobreza, conflitos, discriminaçãõ e desinteresse, sendo a prisãõ, um ambiente que concentra precisamente estas questões (FREIRE, 2017).

A existênciã de leis e tratados nacionais e internacionais buscam contribuir para uma melhor assistênciã à populaçãõ privada de liberdade, porém não implicam em operacionalizaçãõ, o que gera uma grande preocupaçãõ em relaçãõ à situaçãõ em que se encontram essas pessoas, refletindo em práticas de violênciã e descaso com a saúde física e psíquica da populaçãõ prisoinal (DE OLIVEIRA, 2012).

A assistênciã à saúde no âmbito do encarceramento feminino deve estar em conformidade com as perspectivas de promoçãõ e prevençãõ em saúde. Na perspectiva da integralidade, as ações de saúde devem seguir todos os protocolos de atendimento do SUS, ofertando ações de saúde voltadas para a prevençãõ de doençãs e seus agravos; realizar promoçãõ da saúde, acompanhamento, controle e tratamento de doençãs crônicas, infecciosas e infectocontagiosas; viabilizar os direitos sexuais e reprodutivos; disponibilizar tratamento e outros cuidados à saúde. O acesso a esses serviçõs deve ser estruturado pelos departamentos de saúde e de órgãos estaduais da administraçãõ prisoinal (BRASIL, 2014d).

As ofertas atuais de cuidados de saúde para mulheres presas não satisfazem as suas necessidades e, em muitos casos, muito além do que é exigido por direitos

humanos e recomendações internacionais. A prova inclui uma falta de sensibilidade de gênero nas políticas e práticas nas prisões, violações de direitos humanos das mulheres e à falta de aceitar que as mulheres em privação de liberdade têm mais e diferentes necessidades de cuidados de saúde em comparação com os homens presos, muitas vezes relacionados com questões de saúde reprodutiva, problemas de saúde mental, dependência de drogas e história de abuso sexual (BINSWANGER et al., 2010; VAN DEN BERGH et al., 2011).

A prisão pode ser a primeira vez que essas mulheres tenham oportunidade de ter um atendimento à saúde adequado e uma oportunidade para reduzir vulnerabilidade à problemas de saúde, além disso, os cuidados na prisão podem desempenhar um papel importante na redução das desigualdades na saúde (VAN DEN BERGH et al., 2011).

O relatório do MNPCT, aponta que a combinação entre a violência diária sofrida pelas mulheres, associada ao desrespeito às suas particularidades e à ausência de atenção à sua saúde, configura uma forma de tortura ou tratamento cruel, desumano e degradante. Tal fato corrobora aquilo que aponta o Ex-Relator Especial das Nações Unidas sobre Tortura, Juan Méndez, em um informe de 2016, no qual indica que a ausência de uma atenção à saúde orientada especificamente à mulher nas prisões pode se constituir como maus-tratos ou, quando não ofertada de maneira intencional ou mediante proibição do acesso à saúde, tais práticas podem ser consideradas como tortura. O cenário encontrado na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista evidencia ainda mais a necessidade de aplicação de tais normativas às mulheres gestantes e com filhos, pois o espaço destinado às grávidas e mulheres com crianças na unidade é improvisado e inadequado (BRASIL, 2018a).

O relatório do MNPCT destaca ainda, a presença de facções no sistema prisional de Roraima, percebido como um fenômeno relativamente recente tanto pelo poder público quanto pela sociedade civil, tendo se iniciado há cerca de três anos (BRASIL, 2018a). A violência fora e dentro do sistema prisional é uma preocupação nacional. Em 2017 houve registro pela mídia nacional de chachinas em unidades prisionais, predominantemente masculina, do Rio Grande do Norte, Amazonas e Roraima.

Nessa perspectiva, chama a atenção a taxa de mortalidade das mulheres privadas de liberdade no Brasil. Em relação aos homicídios, a taxa foi de 4,5 mulheres mortas em 2015 para cada grupo de 100 mil mulheres, enquanto no sistema prisional

essa taxa chega a 5,7 pessoas mortas para cada 100 mil mulheres presas. No tocante aos suicídios, os dados permitem estimar que as chances de uma mulher se suicidar são até 20 vezes maiores entre a população prisional, quando comparada à população brasileira total. Entre a população total foram registrados 2,3 suicídios para cada grupo de 100 mil mulheres em 2015, enquanto entre a população prisional foram registradas 48,2 mortes autoprovocadas para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2018b).

Um fato recente e preocupante é a intensa imigração de pessoas da Venezuela para o Estado de Roraima, que fogem da atual crise econômica que assola o país e buscam refúgio no Brasil. Esse fenômeno migratório impulsionou a população do estado para o número de habitantes projetados pelo IBGE para o ano de 2025, e, ocasionará, provavelmente importante repercussão social, de forma mais imediata, na área da saúde e da segurança pública.

Por fim, esta pesquisa tem como finalidade não só o conhecimento atualizado da prevalência de HIV, sífilis e hepatite B nas mulheres com privação de liberdade do Estado de Roraima, mas, principalmente, de fornecer subsídios à realização de novas estratégias de promoção da saúde e prevenção das IST, de forma diferenciada e em conformidade com as singularidades do grupo em questão.

Destaca-se ainda que não há estudos suficientes, que determinem a real prevalência do HIV, da sífilis e das hepatites B e C, dentro do sistema prisional feminino brasileiro. Desse modo, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas voltadas para os agravos à saúde desse grupo de mulheres em desvantagem social, as quais precisam ter acesso igualitário aos serviços de saúde.

8 CONCLUSÃO

A participação da mulher, no cenário prisional roraimense, é significativamente baixa. Entretanto, devido a sua natureza, ela tende a sofrer mais intensamente ao cárcere, sendo mais vulnerável à aquisição de agravos à saúde, tanto no aspecto físico como no psicológico.

A utilização dos testes rápidos para o diagnóstico de HIV, sífilis e hepatite virais tem se mostrado uma estratégia eficaz na implementação de novas medidas de abordagem para o diagnóstico rápido e preciso em locais de difícil acesso a serviços, como no contexto em que esta pesquisa foi desenvolvida.

A prevalência de infecção pelo HIV encontrada na população estudada foi bem maior que a média encontrada na população geral de Roraima e do país, o mesmo ocorreu com a prevalência da sífilis, no entanto, não foram encontrados casos de hepatite B.

De acordo com os resultados deste estudo, a maioria das mulheres privadas de liberdade estão na idade adulta, são solteiras, possuem baixa escolaridade, apresentam comportamento sexual de risco, tem pouco conhecimento em relação ao HIV/AIDS, sífilis e hepatite B, e tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Na análise multivariada as variáveis ter mais de 30 anos, ter escolaridade até ensino fundamental, ter pouco conhecimento sobre o uso de camisinha, e achar que não tem risco de pegar sífilis mantiveram-se estatisticamente associadas a soroprevalência de IST.

As condições de confinamento, superpopulação, precariedade das instalações, dificuldade de acesso a insumos de prevenção, precariedade da assistência, dificuldade de acesso as informações, baixa percepção de riscos, e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas mulheres ao HIV/AIDS e outras IST para o qual é recomendável a implementação de programas de redução de danos consistentes na brevidade possível.

É essencial que sejam implementadas políticas de educação em saúde no ambiente prisional, tendo em vista que o encarceramento é um momento de primordial importância para a abordagem desta população em relação a medidas preventivas.

Considerando os antecedentes das ações do programa de HIV/AIDS no país estamos ainda distantes de uma política estruturada de HIV/AIDS nos estabelecimentos prisionais.

Devido a escassez de estudos que determinem a real prevalência do HIV e outras IST no sexo feminino, dentro do sistema prisional brasileiro, consideramos necessária a extensão do estudo para outras IST na Cadeia Pública Feminina de Boa Vista, bem como a realização de um estudo similar para a população masculina com privação de liberdade do Estado de Roraima.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (VOLP)**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Livraria Cultura, 2009. 976 p.

ADJEI, A. A. et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. **Journal Medical Microbiology**. May, vol. 55 (Pt 5):593-7, 2006.

ADJEI, A. A. et al. Correlates of HIV, HBV, HCV and syphilis infections among prison inmates and officers in Ghana: a national multicenter study. **BMC Infectious Diseases**, pagina 8:33, 2008.

ADOGA, M. P. et al. Human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and hepatitis C virus: sero-prevalence, co-infection and risk factors among prison inmates in Nasarawa State, Nigeria. **Journal Infectious Dev Ctries.**, vol. 3 (7):539-47, 2009.

AGNOLO, C. M. D. et al. Perfil de mulheres privadas de liberdade no interior do Paraná. **Revista Baiana Saúde Pública**, vol. 37(4):820-34, 2013.
Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/617>. [Acesso em: 31 de janeiro de 2017]

AILY, D. C. G. et al. Tuberculose, HIV e coinfeção por TB/HIV no Sistema Prisional de Itirapina, São Paulo, Brasil. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, vol. 72, n.4, p.288-294, 2013.

AKEKE, V.; MOKGATLE, M.; OGUNTIBEJU, O. Knowledge, Attitudes and Practices that facilitate the transmission of HIV among prison inmates: a review. **KMJ**, vol. 39(4):310-318, 2007.

ALMEIDA, S. L. S. **Perfil Clínico e Epidemiológico da Sífilis em Reeduandas da Região Metropolitana do Recife - 2013**. [Dissertação de Mestrado]. Recife (PE): Universidade de Pernambuco, 2014.

ALTICE, F. L. et al. The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. **The Lancet**, vol. 388, n.10050, p.1228-1248. 2016.

ANDRADE, A. L. S. S. et al. Soroprevalência e fatores de risco para sífilis em população carcerária de Goiás. **Revista Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, vol. 31(3): 177-182, 1989.

COELHO, H. C.; PASSOS, A. D. C. Low prevalence of syphilis in Brazilian inmates. **Brazilian Infectious Diseases**, vol 15(1):94-95, 2011.

ARAUJO, T. M. E.; ARAUJO FILHO, A. C. A.; FEITOSA, K. A. V. Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Enfermagem**. Out. /Dez; 17(4), 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.28898>. Acesso em: 01/04/2017.

AZBEL, L. et al. Burden of substance use disorders, mental illness, and correlates of infectious diseases among soon-to-be released prisoners in Azerbaijan. **Drug and alcohol dependence**, v.151:68-75. 2015.

BARROS, L. A. S. et al. Epidemiology of the viral hepatitis B and C in female prisoners of Metropolitan Regional Prison Complex in the State of Goiás, Central Brazil. **Rev Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 46(1):24-29, 2013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23563821>. Acesso em: 01/04/2017.

BECKWITH, C. G. et al. Feasibility and acceptability of rapid HIV testing in jail. **AIDS Patient Care STDS**, vol. 21, n.1, p. 41-47, 2007.

BECKWITH, C. G. et al. An evaluation of a routine opt-out rapid HIV testing program in a Rhode Island jail. **AIDS Education and Prevention**, vol. 23, n.3_supplement, p 96-109, 2011.

BENEDETTI, M. S. G. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenação de Epidemiologia. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2000**. Boa Vista, 2000.

BENEDETTI, M. S. G. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2013**. Boa Vista, 2013.

BENEDETTI, M. S. G. (Org.) Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2016**. Boa Vista, 2016.

BENEDETTI, M. S. G. (Org.) Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2017**. Boa Vista, 2017.

BERRA, J. A.; BACETTI, L. B.; BUZO, A. A. Seroprevalence of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among women confined at Centro de Ressocialização de Rio Claro, São Paulo. **Revista Instituto Adolfo Lutz**, vol 65:133-136, 2006.

BEYRER, C.; KAMARULZAMAN, A; MCKEE, M. Prisoners, prisons, and HIV: time for reform. **The Lancet**, vol. 388, n.10049, p 1033-1035, 2016.

BINSWANGER, I. A. et al. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. **Journal Information**, vol .100, n.3. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional**. 2ª ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Mulheres presas: dados gerais**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial Nº 1**, de 2 de janeiro de 2014. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça. **Sistema Integrado de Informação Penitenciárias – InfoPen 2014**. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisonal/relatorios-estatisticos-analiticos-do-sistema-prisonal-do-estado-de-roraima>. Acessado em 01/04/2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN mulheres 2014**. Brasília, junho, 2014c. 41p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2016**. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2015. Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2016**. Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2016**. Brasília, 2016c.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização INFOPEN**, junho de 2016. 2017a.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Cidadania nos Presídios** - Portal CNJ. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/cidadania-nos-presidios>). Acesso em: 30 de junho de 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e IST**. Brasília, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e IST, Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª – semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016, Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª – semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017**. Brasília, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico Sífilis 2017**. Brasília, 2017e. Disponível em: [Downloads/boletim_sifilis_11_2017%20\(1\).pdf](Downloads/boletim_sifilis_11_2017%20(1).pdf). Acesso em: 01/04/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico hepatites virais**. 2017f. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt->

br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2017. Acesso em: 01/04/2017.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório Anual (2017)**. Organização: ARAÚJO E SILVA, J. R.; PIMENTA, V. M.; LOURENÇO, J. V. R.; NUNES, A. C. N. C.; DAUFEMBACK, V.; COSTA, L. Brasília, 2018a. 166 p.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres**, 2ª edição, junho/2016. Organização: SANTOS, T. Colaboração: ROSA, M. I et al., Brasília, 2018b. 79 p.

BURATTINI, M. et al. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. **Revista de Saúde Pública**, Oct; vol. 34(5):431-6, 2000.

CAMARGO, J. P. et al. O perfil das detentas HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná, Brasil. **Journal Health Sci Inst.**, 30(4):369-76, 2012.

CARVALHO, M. L. D. et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11:461-71, 2006.

Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.sp?iCve=63011223>. Acesso em: 01/04/2017.

CDC. **Software do programa EpiInfo™ versão 7.2.2.6**. [Online]. Website/Abouto epi info. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo/support/downloads.html>, 2017. Acessado: 02/02/2018.

COELHO, H. C. et al. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. **Caderno de Saúde Pública**, 23(9):2197-2204, 2007.

COELHO, H. C. et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da hepatite B em uma prisão brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 12(2): 124-31, 2009. [Internet]. 2009. [cited 2014 Jun 18]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200003>. Acessado: 02/02/2018.

CORREIA, M. E. **Prevalência da infecção causada pelo Treponema pallidum na população privada de liberdade do Mato Grosso do Sul**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde (51005018009P7). Universidade Federal da Grande Dourados, 2015.

COWIE, B.; MACLACHLAN, J. **AASLD 2013 - Session Parallel 2: Epidemiology of Viral Hepatitis** - ID 1738272 - Epidemiology Unit, WHO Regional Reference Laboratory for Hepatitis B, VIDRL Victorian Infectious Diseases Service, Royal Melbourne Hospital Department of Medicine, University of Melbourne, 2013.

DANA, D. et al. Risk Prisonand Hepatitis B Virus Infection among Inmates with History of Drug Injection in Isfahan, Iran. **The Scientific World Journal**, vol. 2013:4p, 2013. [Internet]. [Cited 2014 Jun 05]. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2013/735761/>. Acesso: 02/02/2018.

DANTAS, L. A. et al. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil. **Revista eletrônica trimestral de enfermagem**, abril, N°46: 227-235, 2017. [Online]. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.229371>. Acesso: 02/02/2018.

DAS, P.; HORTON, R. On both sides of the prison walls-prisoners and HIV. **The Lancet**, jul. 2016.

DE 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. **Ciências e Saúde coletiva**, vol.19 (7), Jul, 2014. [Online]. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08602013>. Acesso: 02/02/2018.

DE CAMARGO, J. P. et al. O perfil das detentas HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná, Brasil. **Journal Health Sci Inst.**, vol. 30(4):369-76, 2012.

DE FIGUEIREDO, L. G. et al. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo hiv e o comportamento preventivo [Married women's perceptions of hiv infection risk and preventive behavior]. **Revista Enfermagem UERJ**, vol.21, n.6, p.805-811, 2014.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 24(8):1887-1896, 2008.

FRANÇA, A. C. N. et al. Conhecimento dos presidiários sobre as DST/HIV e Aids e medidas de prevenção, num sistema penitenciário. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, vol. 12(2):13-18, 2000.

FRANÇA-JUNIOR, I. et al. **Acesso ao teste anti-HIV no Brasil 2003: a pesquisa nacional MS/IBOPE**. Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

FELISBERTO, M. **Estudo da prevalência de infecção pelos vírus HIV, HBV e HCV em uma população privada de liberdade na cidade de Florianópolis**. Mestrado em Farmácia Instituição de Ensino: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Biblioteca Depositária: Biblioteca Universitária UFSC. 26/02/2016. 133 f.

FERREIRA, M. M. C. **Infecção pelos Retrovírus HIV-1, HTLV-1 e HTLV-II na População Feminina da Penitenciária do Estado de São Paulo. Prevalência, Fatores de Risco e Conhecimento desse Risco**. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1997.

FERREIRA JUNIOR, S. **Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose e HIV/AIDS em prisões e no serviço público de saúde, Campinas, 2011.** Dissertação.

FREIRE, D. G. Incentivos e Barreiras ao teste anti-HIV na população geral residente em uma metrópole do Nordeste Brasileiro: resultados de um inquérito populacional. **Saúde Comunitária**, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2013. 134 p.

FREIRE, D. G. **Fatores associados à testagem para o hiv e soroprevalência de HIV na população penitenciária feminina do Brasil: resultados de um inquérito nacional.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Comunitária, da Universidade Federal do Ceará, com requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: epidemiologia das doenças transmissíveis e não transmissíveis. Fortaleza, 2017.

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 / Prevalence of anti-HCV, anti-HIV and co-infection HCV/HIV in a female prison of the State of Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Análises Clínica**, vol. 40(2): 87-89, 2008. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-510326

GARAYCOCHEA, M. DEL C. et. al. Infecciones de transmisión sexual em mujeres de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. **Revista Peru Med Exp Salud Publica**, VOL 30(3):423-7, 2013. [Internet]. [Acesso em: 31 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es.

GIRARDI, E. et al. Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, vol. 46, p.S3-S8. 2007.

GIR, E. et al. A parceria sexual na Visão de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana–HIV. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, vol.18, n.1, p.53-57. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional de Rorima**, 2017.

KAMARULZAMAN, A. et al. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. **The Lancet**, vol. 388, n.10049, p.1115-1126, 2016.

KAVASERY, R. et al. Um ensaio prospectivo controlado de rotina de teste de HIV opt-out em uma prisão masculina. **Journals Plos Org.**, 2009. [Online]. Publicado em: 25 de novembro de 2009. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0008056>

KUZNETZOVA, A. S. et al. Identifying settings for TB prevention education in HIV patients in the Oryol Region, Russia. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, vol. 14(11):S1-S387, 2010.

LAUNIALA, A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. **Anthropology Matters**, vol. 11(1):1-13, 2009.

LERMEN, H. S. et al. O. Saúde no cárcere: análise das políticassociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 25 [3]: 905-924, 2015. [Online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>

LOPES, F. et al. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(6):1473-1480, nov-dez, 2001.

LOURENÇO, R. **Epidemiologia da Infecção pelo VIH-I nas Instituições Carcerárias Masculinas do Complexo Prisional do Carandirú – São Paulo, SP**. São Paulo, 1992. (Tese de Mestrado – Escola Paulista de Medicina).

MACGOWAN, R. et al. Testes Voluntários Rápidos de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em Prisões. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**, vol. 36: S9-S13, 2009.

MAERRAWI, I. E. L. **Estudo dos fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatite B e C e sífilis e suas prevalências em população carcerária de São Paulo**. Doutorado em Medicina (medicina preventiva) Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: Faculdade de Medicina da USP. 01/12/2012. 190 f.

MARCO, A. et al. Estudo multicêntrico da prevalência da infecção pelo HIV e fatores associados nas prisões espanholas. **Revista Esp. Sanid Penit.**, vol. 14(1): 19-27, 2012. [[PubMed](#)]

MARCO MOURINO, A. et al. Late diagnosis of HIV infection among prisoners. **AIDS Revista**, Jul-Sep;15(3):146-51, 2013.

MARINS, J. R. P. **Estudo da soroprevalência da infecção pelo HIV em população carcerária**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 1996.

MARINS, J. R. et al. Seroprevalence and Risk Factors for HIV infection among incarcerated Men in Sorocaba, Brazil. **AIDS and behavior**, vol. 4. N° 1, 2000.

MASSAD, E. et al. Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners: preponderance of parenteral transmission. **European Journal of Epidemiology**. May; 15(5):439-45, 1999.

MASON, D.; BIRMINGHAM, L.; GRUBIN, D. Substance use in remand prisoners: aconsecutive case study. **British Medical Journal**, vol. 315:18-21, 1997.

MATIDA, L. H. et al. (Org.). **O HIV e a sífilis no Sistema prisional Feminino do Estado de São Paulo**. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 2015. 64p

MINOTTO, R. H. T. **Soroprevalência de HIV/IST, conhecimento e percepção em adultos jovens de estado brasileiro com elevada incidência de aids- um estudo de base populacional**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Boa Vista, 2017.

MIRANDA, A. E. et al. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. **Sexually Transmitted Diseases**, vol. 27(9):491-495, 2000.

MIRANDA, A. E. et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol 42(4):386-91, 2009. [Internet]. 2009 [acesso em: 31 dez. 2015];. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822009000400006>.

MIRANDA, A. E. et al. Predicting condom use in young women: demographics, behavior and knowledge from a population-based sample in Brazil. **International Journal of STD & AIDS**, vol. 22: 590–595, 2011. [Online]. DOI: 10.1258/ijsa.2009.009104.

MOREIRA, P. F. **Hepatite B em indivíduos privados de liberdade do complexo prisional de Aparecida de Goiânia: prevalência, coinfeção do vírus da hepatite B/ vírus da imunodeficiência humana e comportamentos de risco Goiânia - Goiás 2014**. Dissertação. Plataforma Sucupira.

MOURA, R. J. **Prevalência de infecção por HIV em homens adultos recém-detidos no Distrito Federal no ano de 2016**. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical). Universidade de Brasília, Brasília, 2017. 44 f.

NASCIMENTO, M. G. **Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV na população carcerária do complexo prisional de Aparecida de Goiânia**. Dissertação de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2012. 91p.

NEGREIROS, D. E. H.; VIEIRA, D. S. Prevalência de hepatites b, c, sífilis e hiv em privados de liberdade- Porto Velho, Rondônia. **Revista Interdisciplina**, vol. 10, n. 1, p. 43-52, jan. Fev. Mar, 2017.

NEVES, R. A. **Prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C e coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana em detentos do Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014. 92 p. Biblioteca Depositária: Biblioteca Dom Fernando – PUC.

NICOLAU, A. I. O. et al. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 25(3):386-92, 2012.

OPAS. **Estatísticas globais sobre HIV**. 2017a. Acesso: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf...

OPAS. **Novos dados sobre hepatites destacam necessidade de uma resposta global urgente**. 2017b. [online]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5404:novo-s-dados-sobre-hepatites-destacam-necessidade-de-uma-resposta-global-urgente&Itemid=812. Divulgado 21/04/2017.

PELTO, J. P.; PELTO, G. H. Studying knowledge, culture, and behavior in applied medical anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, vol. 11(2):147-163, 1997.

PINTO, V. M.; TANCREDI, M. V.; ALENCAR, H. D. R.; CAMOLESI, E.; HOLCMAN, M. M.; GRECCO, J. P. et al. Prevalence of Syphilis and associated factors in homeless people of São Paulo, Brazil, using a Rapid Test. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 17(2):341-54, 2014.[Internet]. [Acesso em: 31 dez. 2015];. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020005ENG>.

PORTELA, R. **Avaliação da soroprevalência e dos fatores de risco de infecção por sífilis em indivíduos privados de liberdade do complexo prisional de aparecida de Goiânia-GO**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Goiânia, 2014.

POULIN, C. et al. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. **Canadian Medical Association Journal**, vol.177, n.3, p.252-256, 2007.

QUEIROZ, W.; RODRIGUEZ, C.; PAULA, M. (Org.). Anti-HIV serological trial in the female incarcerated population of São Paulo State prison, 1987. **Annals of IV International Conference on AIDS**. Jun 18-19; Stockholm; 1988.

RODRIGUES, T. M. et al. Políticas públicas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS: cenário epidemiológico no Brasil e em Roraima. **Anais do II Seminário de Psicologia e Psicologia Fenomenológica e II Congresso Internacional Pessoa e Comunidade: fenomenologia, psicopatologia e ciências da saúde: interlocuções**, realizado em Boa Vista, RR, 2017 / organizado por Andrés Eduardo Aguirre Antúnez e Joelma Ana Gutiérrez Espíndula. São Paulo: IPUSP, 2017. Publicação eletrônica. ISBN: 978-85-86736-77-3.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Segurança e da Cidadania (SEJUC). **Quantitativo da população carcerária de Roraima até 05/09/2016**. Boa Vista (RR), 2016.

RORAIMA. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Núcleo dos Sistemas de Informação em Saúde. **TABNET**. Disponível em: <http://www.saude.rr.gov.br/index.php/j-stuff/newsfeeds/2017-05-05-21-21-23>. Acesso em 30/06/2018.

RUBENSTEIN, L. S. et al. HIV, prisoners, and human rights. **The Lancet**, 2016.

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**. [Dissertação]. Universidade Católica de Goiás. Pró-reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, 2005.

SCHNEIDER, I. J. C. et al. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005
Epidemiological profile of the clientele in HIV Testing and Counseling Centers in Santa Catarina. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 24, n.7, p.1675-1688. 2008.

SEMAILLE, C. et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. **Euro Surveill**. Jul 11;18(28). Pii: 20524, 2013.

SGARBI, R. V. E. **HIV na população privada de liberdade em Mato Grosso do Sul**. Dissertação apresentada à Universidade Federal da Grande Dourados - Faculdade de Ciências da Saúde, para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde. Dourados, MS, 2015.

SILVA, A. A. S.; ARAÚJO, T. M. E. Fatores associados à Hepatite B em população carcerária: revisão integrativa. **Revista Enfermagem**, vol. 9(9):9276-84, set. Recife, 2015.

SOARES, C. C. B.; TOLEDO, R. P. A.; PROIETTI, A. B. F. Prevalência do HIV-1/2, do HTLV-I/II, do vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV), do *Treponema pallidum* e do *Trypanosoma cruzi* entre presidiários em Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol. 33 (1): 27-30, 2000.

STRAZZA, L. et al. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**. May; 37(5):771-6, 2004.

STRAZZA, L.; AZEVEDO, R. S.; CARVALHO, H. B. Prevenção do HIV/Aids em uma penitenciária-modelo feminina de São Paulo – SP, Brasil. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, vol. 18(4):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, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 23, N° 1. Jan. Rio de Janeiro, 2007.

UNAIDS. Organização Mundial da Saúde e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **HIV/Aids em Ambientes Prisionais Prevenção, Atenção, Tratamento e Apoio Marco Referencial para uma Resposta Nacional Eficaz**. 2007. [online]. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/brazil/UNODCLivro%20HIV%20Ambiente%20Prisional>. Pdf. Acessado em 01/04/2017.

UNAIDS. Organização Mundial da Saúde e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Relatórios Lacunas na prevenção**. Julho, 2016a.

UNAIDS. Organização Mundial da Saúde e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Get on the Fast-Track - The life-cycle approach to HIV. Findings solutions for everyone at every stage of life.** 2016b.

UNAIDS. Ending AIDS. **Progress towards the 90-90-90 targets.** 2017a.

UNAIDS, 2017b. [Online]. Disponível em: <https://www.bonde.com.br/saude/hiv-36-anos/brasil-avanca-na-meta-90-90-90-para-limitar-novas-infeccoes-por-hiv-454073.html>)

UNAIDS. **Ponto Cego, 2017 –HIV prevention in the spotlight. An analysis from the perspective of the health sector in Latin America and the Caribbeas,** 2017c.

UNODC. **HIV testing and counselling in prisons and other closed settings** (Technical paper). United Nations. New York, 2009.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Guia sobre gênero, HIV/AIDS, coinfeção no sistema prisional,** 2012.

VALE, E. P.; CARVALHO, L. S.; PEREIRA, F. C. S. Soroprevalência do HIV na população privada de liberdade no Amapá. **Revista Epidemiologia e Controle Infecção,** Santa Cruz do Sul, vol. 6(3):114-117, 2016. [Online]. [ISSN 2238-3360].

VAN DEN BERGH, B. J. et al. Prisão e saúde da mulher: preocupações com a sensibilidade de gênero, direitos humanos e saúde pública. **Órgão Mundial de Saúde da Bull,** vol. 89 (9): 689-94, 2011. [Online]. Doi: 10.2471 / BLT.10.082842. Epub 2011 6 de jul.

VIEIRA VILLELA, W.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** vol. 22, nº1, 2017.

ZIGLAM, H. et al. Prevalence of antibody to human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C in prisoners in Libya. **Libyan Journal Medical,** 7: 10.3402/ljm. Vol 7i0.19713, 2012. Published [online].

WALMSLEY, R. World prison population list. King's College London. **International Centre for Prison Studies,** 10ª ed., 2013. [online]. Disponível em: http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_prison_4th_edn_v4_web.pdf. Acesso: 01 de junho de 2018).

WALMSLEY, R. **World Prison Population List (eleventh edition, 2016) and the World Pre-trial/Remand Imprisonment List (third edition, 2017). The Institute hosts the World Prison Brief for Criminal Policy Research at Birkbeck.** University of London, 2017.

WEINSTEIN, C.; GREENSPAN, J. Mandatory HIV testing in prisons. **American Journal of Public Health,** vol. 93, nº10, p.1617, 2003.

WHO. **Infecções sexualmente transmissíveis**, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Acesso: 04 de agosto de 2018).

WHO. United Nations Office on Drugs and Crime and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **HIV testing and counselling in prison and other closed settings**. Geneva, 2009.

WHO. United Nations Office on Drugs and Crime and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions**. Geneva, 2013.

WOLFF, M. P. Mulheres e prisão: a experiência do observatório de direitos humanos da Penitenciária Feminina Madre Pelletier: **Editora Dom Quixote**, 2007.

WORMSER, G. et al. AIDS in prisoninmates – New York, New Jersey. **MMWR**. Vol 31:700-1, 198, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Número do Participante:

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa, com o título:
“Soroprevalência de HIV e fatores relacionados ao uso de preservativo em adultos jovens de capital brasileira com elevada incidência de AIDS”

Pesquisadores responsáveis: Allex Jardim da Fonseca (pesquisador principal – médico e professor da UFRR).

Os objetivos deste estudo são:

1. Avaliar a o comportamento sexual de risco entre adultos jovens de Boa Vista, na forma de uso de preservativo sexual;
2. Identificar os fatores pessoais e socioeconômicos que influenciam o comportamento sexual de risco;
3. Realizar teste rápido para HIV para avaliar a magnitude da infecção em Boa Vista.

Orientações:

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a questionário que avalia dados pessoais (socioeconômicos), seu histórico recente de comportamento sexual, o seu conhecimento e percepção sobre o vírus HIV e a AIDS. Trata-se de um questionário previamente testado e validados para os devidos propósitos. Caso você aceite participar, por favor, responda ao questionário sem identificar com seu nome ou assinatura e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e deposite suas respostas na urna lacrada.

Posteriormente você será convidado a realizar um teste sorológico chamado de teste rápido para HIV. Este teste possui uma alta acurácia (excelente capacidade diagnóstica, performance) para a detecção ou exclusão da infecção por HIV. Este

teste é realizado por sangue a partir de punção na ponta do dedo (parecido com o teste que os pacientes diabéticos fazem para verificar o açúcar do sangue). Será utilizado uma lanceta (pequena agulha) estéril que faz uma punção de apenas poucos milímetros no seu dedo. Uma gota de sangue será coletada do seu dedo e colocada no KIT de teste rápido, que é de uso único e descartável. Em 20 minutos teremos o resultado, que lhe será informado e emitido um laudo. Caso o teste seja positivo, lhe será garantido o encaminhamento e agendamento de consulta no serviço de infectologia do Hospital Coronel Mota – Boa Vista- RR.

Perceba que se trata de uma pesquisa observacional, e não há intervenção, e caso sua decisão seja de não participar ou não realizar o teste, isso não levará a qualquer restrição ou constrangimento para você ou sua família.

O propósito principal da pesquisa é identificar quais são os principais fatores pessoais relacionados ao comportamento sexual de risco. O benefício da pesquisa é, portanto, gerar conhecimento sobre o assunto de modo a permitir futuramente aprimoramentos nas políticas públicas de saúde, de modo a ter maior chance de controlar a infecção por HIV/AIDS e assim melhorar a qualidade de vida das pessoas. Do ponto de vista pessoal, é muito importante saber se você tem ou não tem a infecção por HIV. Se o seu teste for positivo, o quanto antes você iniciar o tratamento será melhor para sua saúde. Se você for negativo para HIV, esperamos que o resultado o estimule a manter sua saúde, adotando ou reafirmando comportamentos sexuais seguros. Os riscos relacionados à pesquisa são eventual desconforto no preenchimento deste questionário, e dor relacionada à punção do dedo para coleta do sangue. Todos os materiais utilizados são estéreis e descartáveis.

Os pesquisadores garantem absoluto sigilo e confidencialidade dos dados coletados e do resultado do seu teste. Os questionários não são identificados nominalmente, mas sim numerados, para aumentar o sigilo da pesquisa. Apenas este termo de consentimento deve ser obrigatoriamente identificado com seu nome.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa;

3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;

Eu, _____,
declaro estar ciente do anteriormente exposto, e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, e ficando com a posse de uma delas.

Boa Vista, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante da Pesquisa

Eu, _____,
declaro que forneci todas as informações referentes a pesquisa do participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Pesquisador

Pesquisadora Principal: Alex Jardim da Fonseca

Endereço: Universidade Federal de Roraima. Av. Capitão Ene Garcês, 2413 -
Aeroporto, Boa Vista - RR, 69310-000 Boa Vista, Roraima, Brasil

Contato: (95) 3621-3146 Email: alex.jardim@bol.com.br

APÊNDICE B - Questionário

SOROPREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO HIV E OUTRAS IST NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE DO ESTADO DE RORAIMA

QUESTIONÁRIO

Número na Pesquisa:

Por favor **não** escreva o seu nome neste questionário.

Data: ____/____/____ **Idade:** _____ **Sexo:** () M () F () outros

Naturalidade (Estado): _____ **Religião:** _____

Você é: () casado () solteiro () união estável () separado () divorciado () namoro fixo
() outro, especificar _____

Qual é a sua escolaridade? Quantos anos você estudou?

- () não estudou
 () 1 a 3 anos de estudo (ensino fundamental incompleto – antigo primeiro grau incompleto)
 () 4 a 7 anos de estudo (ensino fundamental completo ou semi-completo – antigo primeiro grau)
 () 8 a 11 anos de estudo (ensino médio completo ou incompleto – antigo segundo grau)
 () 12 ou mais anos de estudo (ensino superior completo ou incompleto – antigo terceiro grau)
 () graduação (faculdade) completa em: _____

Tipo de regime de encarceramento? () Fechado () Preventivado () Provisório () Semi-aberto
() Outros, especificar _____

Tempo de condenação atual: _____ anos _____ meses

Tempo de encarceramento atual: _____ anos _____ meses

Tempo de encarceramento na vida: _____ anos _____ meses

Você já foi preso antes? () sim () não

Você recebe visita íntima? () sim () não

Você já realizou exame para HIV? () sim () não

Você tem HIV? () sim () não

SOROPREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO HIV E OUTRAS IST NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE DO ESTADO DE RORAIMA

QUESTIONÁRIO

Número na Pesquisa:

Por favor **não** escreva o seu nome neste questionário.

AS SUAS RESPOSTAS SERÃO MANTIDAS EM ABSOLUTO SIGILO.

I- Você usa camisinha?

- A) sim sempre
- B) sim às vezes, quando transo com outra pessoa fora do meu relacionamento
- C) sim às vezes, quando a outra pessoa pede para usar camisinha
- D) sim raramente, quando não conheço bem a pessoa
- E) não, nunca

II- Durante o sexo, quando você coloca a camisinha?

- A) no início, antes de praticar sexo oral
- B) no meio, antes da penetração.
- C) no meio, antes do orgasmo (antes de gozar)
- D) não uso

III- Você já transou com pessoa do mesmo sexo que o seu?

- A) sim
- B) não

IV- Você faz sexo com?

- A) sou casado (a) e faço sexo somente com meu (minha) namorado (o) ou esposo (a)
- B) sou casado (a), e às vezes faço sexo fora do meu casamento ou namoro
- C) sou solteiro.

V – Você tem ou teve relação sexual dentro do presídio:

- A) não
- B) sim, quando recebo visita íntima de alguém de fora
- C) sim, com outro presidiário (a)

VI – Você fez ou faz uso de cocaína injetável:

- A) não
- B) sim, antes da prisão
- C) sim, durante a prisão

VII – Você sofreu abuso sexual durante a prisão:

- A) sim
- B) não

Marque sua opinião sobre cada frase abaixo:

1 Você sabe o que é AIDS.

- A) sim
B) não

2 A pessoa com o vírus da AIDS sempre apresenta os sintomas da doença.

- A) VERDADEIRO
B) FALSO
C) NÃO SEI

3 O vírus da AIDS pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários.

- A) VERDADEIRO
B) FALSO
C) NÃO SEI

4) O uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS.

- A) VERDADEIRO
B) FALSO
C) NÃO SEI

5) Existe uma camisinha específica para as mulheres.

- A) VERDADEIRO
B) FALSO
C) NÃO SEI

6) O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas pode transmitir AIDS.

- A) VERDADEIRO
B) FALSO
C) NÃO SEI

7) As pessoas mais velhas não precisam se preocupar com a AIDS.

- A) VERDADEIRO
B) FALSO

8) A AIDS somente pega em gays, prostitutas e viciados em drogas.

- A) VERDADEIRO
B) FALSO
C) NÃO SEI

9) A AIDS é uma doença que tem tratamento.

- A) VERDADEIRO

- B) FALSO
C) NÃO SEI

10) A AIDS é uma doença que tem cura.

- A) VERDADEIRO
B) FALSO
C) NÃO SEI

11) Você tem medo de pegar AIDS?

- A) SIM
B) NÃO

12) Você já realizou o exame pra saber se tem AIDS?

- A) SIM
B) NÃO

13) Você acha que tem risco de pegar AIDS?

- A) SIM
B) NÃO

14) Você acha que a AIDS é uma doença grave:

- A) SIM
B) NÃO

15) Você acha que a AIDS é uma doença que mata:

- A) SIM
B) NÃO
C) NÃO SEI

16) Você sabe o que é sífilis.

- A) SIM
B) NÃO

17) O uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão de sífilis.

- A) VERDADEIRO
B) FALSO
C) NÃO SEI

18) Você acha que tem risco de pegar sífilis?

- A) SIM
B) NÃO

19) Você sabe o que é hepatite B

- A) SIM
B) NÃO

20) O uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão hepatite B.

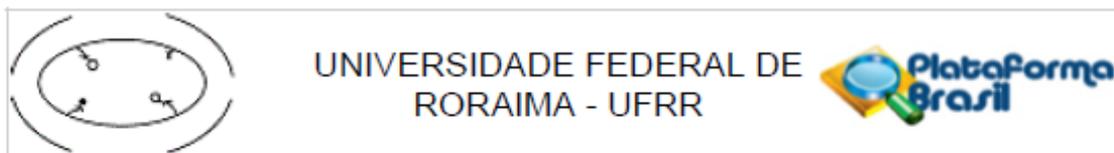
- A) VERDADEIRO
B) FALSO
C) NÃO SEI

21) Você acha que tem risco de pegar Hepatite B?

- A) SIM
B) NÃO

ANEXO

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP - Número 1.797.708



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Soroprevalência de HIV e fatores relacionados ao uso de preservativo em adultos jovens de capital brasileira com elevada incidência de AIDS.

Pesquisador: alex jardim da fonseca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44535315.3.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Roraima - UFR

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.797.708

Apresentação do Projeto:

A proposta volta a este comitê para avaliar a emenda proposta pelo pesquisador:

VIMOS PELA PRESENTE SOLICITAR AUTORIZAÇÃO DESTA EMENDA QUE VISA EXPANDIR A AÇÃO DA PESQUISA DE SOROPREVALENCIA DE HIV EM ADULTOS JOVENS DE BOA VISTA.

ADICIONALMENTE, PRETENDEMOS INCLUIR OS ADULTOS JOVENS DE BOA VISTA QUE SÃO PRIVADOS DE LIBERDADE COMO OS REEDUCANDOS A PENITENCIA AGRÍCOLA DE MONTE CRISTO, E PRISÃO FEMININA, AMBAS EM BOA VISTA. APOS AUTORIZAÇÃO PARA AÇÃO NAS UNIDADES PENITENCIÁRIAS, A MESMA METODOLOGIA SERÁ SEGUIDA, OFERENCENDO OS TESTES PARA TODOS OS REEDUCANDOS QUE DESEJAREM FAZER OS TESTES.

CASO HAJA REEDUCANDOS COM TESTES POSITIVOS, OS PESQUISADORES SE ENCARREGAM DE FAZER O ACOLHIMENTO POS TESTE E AGENDAR CONSULTA PARA INICIAR O TRATAMENTO.

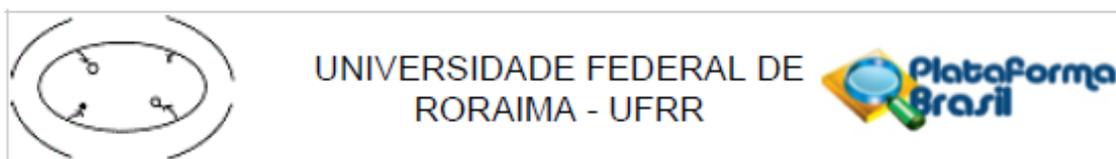
QUANTO AOS BENEFÍCIOS: ACREDITAMOS QUE A PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA OFERECE UMA OPORTUNIDADE DE REALIZAR OS TESTES E SABER A SITUAÇÃO DE SAÚDE, EM UM POPULAÇÃO QUE SABIDAMENTE TEM MUITAS RESTRIÇÕES DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE. RESSALTANDO QUE OS PROPOSITOS DA PESQUISA ESTÃO ALINHADOS COM AS ESTRATÉGIAS DO MINISTÉRIO DE SAÚDE, QUE SE DENOMINA "FIQUE SABENDO". OU SEJA, QUANTO MAIOR O NÚMERO DE PESSOAS ASSINTOMÁTICAS TESTADAS PARA HIV NO PAÍS, MELHOR.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000

UF: RR **Município:** BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 1.797.708

A DISPOSIÇÃO PARA ESCLARECIMENTOS

ALLEX JARDIM

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Descrever atitudes, percepções e comportamentos relacionados ao uso de preservativo na última relação sexual, em uma amostra de base populacional de adultos jovens em Boa Vista - RR.

Objetivo Secundário: Avaliar a prevalência de HIV na população estudada.

Os objetivos não foram alterados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios desta pesquisa não foram alterados e estão de acordo com a resolução 466/12 CNS. Estão descritos no projeto e TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente para à área na qual está vinculada e gerará conhecimentos interessantes para o sistema de saúde

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os itens obrigatórios foram apresentados e atendem a resolução 466/12 CNS e estes já foram avaliados por este colegiado.

Foram incluídas:

- 1- OFÍCIO Nº 018/2016 – NPC/CCS/UFRR solicitando a realização da pesquisa PARA AÇÃO NAS UNIDADES PENITENCIÁRIAS,
- 2- autorização da secretaria do estado de justiça (carta de anuência);

Recomendações:

Recomendamos que o cronograma da pesquisa seja revisto pois consta datas do ano de 2015.

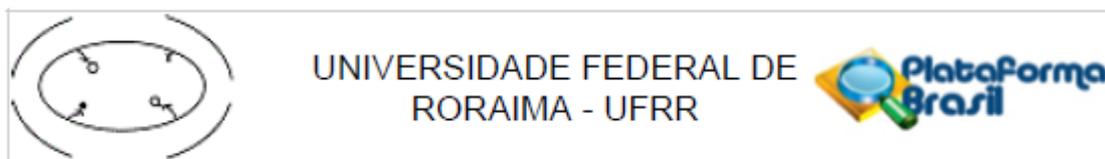
Recomendamos ainda que ao final desta pesquisa o relatório seja enviado a este comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda atende a legislação vigente e não verificamos pendências em expandir a ação da pesquisa de SOROPREVALENCIA DE HIV EM ADULTOS JOVENS DE BOA VISTA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000
 UF: RR Município: BOA VISTA
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 1.797.708

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_810896_E1.pdf	16/10/2016 10:23:19		Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADOR.docx	16/10/2016 10:22:11	allex jardim da fonseca	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SECRETARIA_ESTAD O_JUSTICA.pdf	16/10/2016 10:18:21	allex jardim da fonseca	Aceito
Outros	OFICIO_SOLICITA_AUTORIZACAO_S EJUC.pdf	16/10/2016 10:17:44	allex jardim da fonseca	Aceito
Folha de Rosto	IMG_2545.JPG	24/04/2015 14:04:56		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO DE PESQUISA - HIV COMUNIDADE.doc	19/04/2015 15:57:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consetimento Livre e Esclarecido - HIV COMUNIDADE.docx	19/04/2015 15:56:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Detalhado HIV comunidade.docx	19/04/2015 15:55:55		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 28 de Outubro de 2016

Assinado por:
Ijanílio Gabriel de Araújo
(Coordenador)

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br