

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GLAUCIA MORANDIM RAVANHOLI

HIV/aids no cárcere: desafios relacionados à regularidade no uso da terapia
antirretroviral

Ribeirão Preto

2017

GLAUCIA MORANDIM RAVANHOLI

HIV/aids no cárcere: desafios relacionados à regularidade no uso da terapia antirretroviral

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Prof^a Dr^a Aline Aparecida Monroe

Ribeirão Preto

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ravanholi, Glaucia Morandim

HIV/aids no cárcere: desafios relacionados à regularidade no uso da terapia antirretroviral. Ribeirão Preto, 2017.

101 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Monroe, Aline Aparecida.

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida 2. Terapia Antirretroviral. 3. Prisões.

RAVANHOLI, Glaucia Morandim

HIV/aids no cárcere: desafios relacionados à regularidade do uso da terapia antirretroviral.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À Deus, pelo dom da vida e por sempre iluminar
minha jornada e permitir que eu realizasse mais esse sonho.
À minha família, por todo amor, carinho, incentivo, paciência e compreensão.*

AGRADECIMENTOS

À **Profª Drª Aline Aparecida Monroe**, que com todo amor, ternura e carinho me acolheu desde o início da minha formação profissional e acadêmica. Sou grata por todo conhecimento adquirido ao longo desses anos, pelas oportunidades e por ser exemplo de profissional e pessoa. Agradeço às conversas, ao carinho nos momentos difíceis, ao incentivo, e principalmente, por acreditar em mim e no meu potencial.

À **Drª Rúbia Laine de Paula Andrade**, pela acolhida, dedicação e disponibilidade em me ajudar na construção deste trabalho. Muito obrigada por todo conhecimento e ajuda!

Ao **Profª Drª Valdes Roberto Bollela**, por me permitir dar continuidade a esse trabalho e viabilizar minha entrada ao HCFMRP. Meu muito obrigado!

Ao **Profª Drª Antônio Ruffino Netto** e **Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa** por me possibilitarem participar do grupo de pesquisa GEOTB e por todo conhecimento adquirido.

A cada integrante do **Grupo GEOHAIS**, muito obrigada pela parceria, amizade e troca de conhecimento ao longo desses anos.

Ao **Grupo GEOTB** pelos ensinamentos, oportunidades e ajuda.

A **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP** e ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública** por viabilizar a conclusão deste estudo.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq** pelo apoio financeiro à pesquisa.

A **Secretária de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo** por tornar possível o desenvolvimento deste estudo.

Às pessoas que vivem com HIV e aids em privação de liberdade, agradeço a colaboração e participação nesta pesquisa.

Às queridas amigas e companheiras **Livia** e **Mayara** por estarem comigo em toda trajetória acadêmica, aprendi muito com vocês. Agradeço a amizade, o carinho e o apoio.

Às amigas construídas durante a graduação **“Ágatha, Bianca, Jéssica, Letícia e Tatiane”**. Agradeço por cada uma agregar de diferentes maneiras em minha vida e pelos momentos bem vividos.

Às amigas de pós-graduação **Camila, Mariana, Nayara, Nathália, Poliana e Renata**. Obrigada pelos momentos, trocas de conhecimentos, apoio e amizade.

Às minhas amigas, **Marina, Susana e Viviane** por sempre estarem ao meu lado, me apoiando, dando força e acima de tudo por entenderem minhas ausências.

A todos aqueles que por um lapso eu não mencionei, mas que colaboram para o desenvolvimento dessa pesquisa.

"Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a fez tão importante"

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

RAVANHOLI, G. M. **HIV/aids no cárcere: desafios relacionados à regularidade no uso da terapia antirretroviral**. 2017. 101f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Considerando a infecção pelo HIV uma condição crônica e de alta prevalência no ambiente carcerário, este estudo objetivou analisar os desafios relacionados à regularidade no uso da terapia antirretroviral (TARV) pelas pessoas vivendo com HIV em unidades prisionais (UP) da região de Ribeirão Preto (RP), São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito. Foram incluídos indivíduos reclusos há mais de seis meses, com diagnóstico de HIV e em uso de TARV. Utilizou-se um banco de dados contendo variáveis sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento dos casos; adesão à TARV e ações desenvolvidas pelas equipes de saúde das UP para o monitoramento da ingestão medicamentosa. Os dados foram analisados por meio de técnicas descritivas e testes de associação (Qui-quadrado e Exato de Fisher). Identificou-se 67 indivíduos em uso de TARV, dos quais, 80,6% cumpriam pena em regime fechado e 38,8% possuíam de dois a cinco anos de clausura. Houve o predomínio de homens (79,1%); 25 a 39 anos (52,2%); não brancos (64,2%); solteiros (47,8%); ensino fundamental I e II (67,1%); possuíam profissão (88,1%) e ganhavam de um a três salários mínimos (50,7%) antes da reclusão. Quanto ao perfil clínico e de acompanhamento: 44,8% diagnosticaram HIV na prisão; 86,6% faziam acompanhamento em serviço de assistência especializada em HIV (SAE); 41,7% interromperam o tratamento em algum momento; 31,3% possuíam TCD4+ acima de 500 cópias e em 62,7% a carga viral era indetectável. Identificou-se o uso de drogas ilícitas (71,6%) e lícitas (80%) prévias ao encarceramento. Em relação ao atraso na entrega da TARV, 70,3% referiram *nunca* ou *quase nunca* ocorrer tal situação; 42,2% referiram *nunca* ou *quase nunca* perderem consultas nos SAE; 79,1% informaram que *nunca* ou *quase nunca* recebem os resultados dos exames laboratoriais processados fora das UP. Sobre o questionamento acerca do uso da TARV nos últimos sete dias: 76,1% tomaram medicamentos fora do horário; 80,6% deixaram de tomar medicamentos; 91% tomaram menos ou mais comprimidos. Em 58,2% dos casos houve retirada *regular* da TARV junto às unidades dispensadoras de medicamentos situadas na rede pública de saúde de Ribeirão Preto. Quanto às ações desenvolvidas dentro das UP voltadas ao monitoramento da TARV, considerou-se *regular* apenas o questionamento sobre o uso contínuo dos medicamentos, sendo que as demais foram insatisfatórias. A adesão à TARV apresentou associação estatisticamente significativa com o sexo feminino ($p=0,028$); o uso de drogas lícitas ($p=0,006$) e a interrupção do acompanhamento médico ($p=0,014$) estiveram associadas à não adesão. Os achados deste estudo permitem refletir sobre a complexidade da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids no ambiente prisional, principalmente no que tange o monitoramento do uso da TARV, sinalizando a necessidade de desenvolvimento e incorporação de estratégias de intervenção que qualifiquem a produção do cuidado em saúde na perspectiva integral e resolutiva, capaz de produzir impactos condizentes com os desafios que perpassam a prevenção e o manejo do HIV.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Terapia Antirretroviral (TARV). Prisões.

ABSTRACT

RAVANHOLI, G. M. **HIV/aids in prison: challenges related to the regularity in the use of antiretroviral therapy**. 2017. 101f. Dissertation (Master degree) – College of Nursing at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Considering that the HIV/aids infection constitutes a chronic condition with high prevalence in prisons, this study aimed to analyze the challenges related to regularity in the use of antiretroviral therapy (ART) by people living with HIV in prisons (UP) in the region of Ribeirão Preto (PR), São Paulo. This is a descriptive, inquiry-type study. We included individuals who had been incarcerated for more than six months, diagnosed with HIV/aids and using ART. We used a database containing sociodemographic and clinical information and variables on the case follow-up, ART adherence and actions developed by PU health teams to monitor drug intake. Data were analyzed using descriptive techniques and association tests (Chi-square and Fisher's Exact). A total of 67 individuals using ART were identified, of whom 80.6% were in closed regime and 38.8% had two to five years of incarceration. There was a predominance of men (79.1%); 25 to 39 years old (52.2%); non-white (64.2%); single (47.8%); elementary education I and II (67.1%); having a profession (88.1%) and earning one to three minimum wages (50.7%) before incarceration. In regard of the clinical and follow-up profile: 44.8% had HIV diagnosed in prison; 86.6% were attending a specialized HIV care service (SAE); 41.7% discontinued treatment at some point of time; 31.3% had TCD4+ over 500 copies and in 62.7% of participants the viral load was undetectable. The use of illicit drugs (71.6%) and licit drugs (80%) prior to incarceration was also identified. Regarding delays in ART delivery, 70.3% reported that a delayed delivery never or almost never occurred; 42.2% reported that they never or almost never miss appointments in SAE; 79.1% reported that they never or almost never receive the results of laboratory tests processed outside the PU. Regarding the use of ART in the last seven days: 76.1% took medicines outside medication time; 80.6% stopped taking medicines; 91% took a higher or a lower dosage. In 58.2% of the cases, the withdrawal of ART from the drug dispensing units located in the public health network of RP was regular. Regarding the actions developed within the PUs aimed at ART monitoring, the questioning about the continuous use of the drugs was assessed as regular and the others were unsatisfactory. Adherence to ART had a statistically significant association with woman ($p = 0.028$). The use of licit drugs ($p = 0.006$) and interruption of medical follow-up ($p = 0.014$) were associated with non-adherence. The findings of this study allow us to reflect on the complexity of care provided to people living with HIV/aids in prisons, especially regarding the monitoring of ART, suggesting the need for development and incorporation of strategies that qualify the health care delivery towards an integral and resolute perspective, capable of producing impacts that are consistent with the challenges of HIV prevention and management.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Antiretroviral Therapy (ART). Prisons.

RESUMEN

RAVANHOLI, G. M. **VIH/SIDA en las cárceles: desafíos relacionados con la regularidad en el uso de la terapia antirretroviral**. 2017. 101f. Disertación (Master) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Considerando que la infección por el VIH constituye una afección crónica con alta prevalencia en las cárceles, este estudio tuvo como objetivo analizar los desafíos relacionados con la regularidad en el uso de la terapia antirretroviral (ARV) por las personas que viven con el VIH / sida en las prisiones de la región de Ribeirão Preto (RP), São Paulo. Este es un estudio descriptivo, de tipo investigación. Se incluyeron individuos que habían estado encarcelados por más de seis meses, diagnosticados con VIH/SIDA y utilizando TAR. Se utilizó una base de datos que contenía informaciones sociodemográficas y clínicas, variables sobre el seguimiento de casos, adherencia al TAR y acciones desarrolladas por los equipos de salud penitenciarios para monitorear la ingesta de fármacos. Los datos fueron analizados utilizando técnicas descriptivas y pruebas de asociación (Chi-cuadrado y Fisher's Exact). Se identificó un total de 67 individuos que utilizaban ART, de los cuales 80,6% estaban en régimen cerrado y el 38,8% tenían dos a cinco años de encarcelamiento. Hubo un predominio de hombres (79,1%); de 25 a 39 años (52,2%); no blanco (64,2%); solteros (47,8%); con educación primaria I y II (67,1%); que tenían una profesión (88,1%) y ganaban uno a tres salarios mínimos (50,7%) antes del encarcelamiento. En cuanto al perfil clínico y de seguimiento: 44,8% tuvieron el VIH diagnosticado en la prisión; 86,6% asistieron a un servicio especializado de atención del VIH (SAE); 41,7% interrumpieron el tratamiento en algún momento del tiempo; 31,3% tuvieron TCD4 + más de 500 copias y en 62,7% de los participantes la carga viral era indetectable. Se identificó el uso de drogas ilícitas (71,6%) y drogas lícitas (80%) antes del encarcelamiento. Con respecto a los retrasos en el suministro de TAR, 70,3% informaron que nunca o casi nunca ocurrió un retraso; 42,2% reportaron nunca o casi nunca perder consultas en SAE; 79,1% informaron que nunca o casi nunca recibieron los resultados de las pruebas de laboratorio procesadas fuera de la cárcel. Respecto al uso de ART en los últimos siete días: 76,1% tomaron los medicamentos fuera del horario proscrito; 80,6% dejaron de tomar medicamentos; 91% tomaron una dosis más alta o más baja. En el 58,2% de los casos, la retirada de ART de las unidades de dispensación de fármacos ubicadas en la red de salud pública de RP fue regular. Respecto a las acciones desarrolladas dentro de las UP para el monitoreo del TARV, el cuestionamiento sobre el uso continuo de los fármacos fue evaluado como regular y las otras fueron insatisfactorias. La adherencia a la TARV tuvo una asociación estadísticamente significativa con el sexo femenino ($p = 0,028$). El uso de fármacos lícitos ($p = 0,006$) y la interrupción del seguimiento médico ($p = 0,014$) se asociaron con la falta de adherencia. Los hallazgos de este estudio nos permiten reflexionar sobre la complejidad de la atención ofertada a las personas que viven con el VIH / sida en las cárceles, especialmente a respecto del monitoreo de la TARV, lo que sugiere la necesidad de desarrollo e incorporación de estrategias que califiquen la atención sanitaria hacia un cuidado integral y resolutivo, capaz de producir impactos que sean consistentes con los desafíos de la prevención y manejo del VIH.

Descriptor: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Terapia antirretroviral (ART). Cárceles.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Síntese da seleção dos artigos, 2017.	30
Figura 2 - Pirâmide de risco da Kaiser permanente.	40
Figura 3 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	41
Figura 4 - Unidades Prisionais Região Noroeste, destaque para Ribeirão Preto e Serra Azul.....	47
Figura 5 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das unidades prisionais para o monitoramento do uso da TARV em pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência dos dados sobre o cumprimento da pena das pessoas que vivem com HIV/aids privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.....	58
Tabela 2 - Distribuição de frequência das características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV/aids privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.....	59
Tabela 3 - Distribuição de frequência dos dados clínicos e de acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.....	61
Tabela 4 - Distribuição da frequência da regularidade no uso da TARV das pessoas que vivem com aids privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.....	62
Tabela 5 - Características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto segundo adesão à terapia antirretroviral, 2015.....	64
Tabela 6 - Características clínicas e de acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto segundo adesão à terapia antirretroviral, 2015.....	65
Tabela 7 - Dados sobre monitoramento do uso da TARV das pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto segundo adesão à terapia antirretroviral, 2015.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resumo do levantamento bibliográfico: base de dados, seleção dos descritores e cruzamento utilizado, Ribeirão Preto, 2017.	29
Quadro 2: Descrição dos artigos incluídos no estado da arte segundo título, autor, ano de publicação e periódico. Ribeirão Preto, 2017.....	30
Quadro 3: Distribuição das pessoas privadas de liberdade segundo unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015 e 2017.....	48
Quadro 4: Caracterização das equipes de saúde das unidades prisionais segundo a composição do quadro de recursos humanos da região de Ribeirão Preto, 2015.....	49
Quadro 5: Estrutura física das unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015	50
Quadro 6: Caracterização das unidades prisionais segundo aspectos da dinâmica de atenção em HIV/aids prestada aos detentos, Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015.	51
Quadro 7: Caracterização do acompanhamento dos casos das PVHA pelos serviços de saúde das unidades prisionais, Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015.....	52
Quadro 8: Variáveis selecionadas para o estudo conforme os objetivos.	54

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Caracterização das Unidades Prisionais.....	91
ANEXO B	Instrumento de Coleta de Dados.....	95
ANEXO C	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP	101

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDP	Centro de Detenção Provisória
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose de Ribeirão Preto
GEOHAids	Grupo de Estudos Operacionais em HIV/Aids
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MPR	Modelo Pirâmide de Risco
MS	Ministério da Saúde
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PPL	População Privada de Liberdade
PubMed	<i>Public/Medline</i> ou <i>Publisher Medline</i>
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/aids
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Assistência Especializadas em HIV/Aids
SAP	Secretaria de Administração Penitenciária
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde

TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
UETDI	Unidade Especial em Doenças Infecciosas
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV/aids</i>
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
UP	Unidade Prisional
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

Apresentação	20
1 Introdução.....	22
1.1 Saúde no sistema prisional: aspectos legais e operacionais	25
1.2 Políticas de controle do HIV e a interface com o sistema prisional	27
1.3 Estado da Arte.....	28
1.3.1 Ações pertinentes ao acompanhamento do uso da TARV prévias ao encarceramento	32
1.3.2 Ações pertinentes ao acompanhamento do uso da TARV durante o encarceramento	33
1.3.3 Ações pertinentes ao acompanhamento do uso da TARV após o encarceramento	34
1.3.4 Considerações sobre o estado da arte	35
1.4 Justificativa do estudo.....	35
2 Quadro Teórico.....	37
3 Objetivos.....	43
3.1 Objetivo geral	44
3.2 Objetivos específicos	44
4 Percurso Metodológico.....	45
4.1 Delineamento do estudo.....	46
4.2 Caracterização do cenário de investigação.....	46
4.3 População do estudo.....	53
4.3.1 População de Referência	53
4.3.2 População do Estudo.....	53
4.3.3 Critérios de Inclusão	53
4.4 Coleta de dados	53
4.4.1 Instrumento de coleta de dados.....	53
4.4.2 Variáveis selecionadas para este estudo	54

4.5 Análise dos Dados.....	55
4.6 Aspectos Éticos.....	56
4.7 Limitações do estudo	56
5 Resultados	57
6 Discussão	67
7 Conclusões.....	79
Referências	83
ANEXOS	90
ANEXO A – Caracterização das Unidades Prisionais.....	91
ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados	95
ANEXO C – Comitê de Ética em Pesquisa.....	101

Apresentação

Meu interesse pela pesquisa e pela saúde pública, mais especificamente pelas ações de controle do vírus da imunodeficiência adquirida / síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/aids), se deu no início da graduação quando ingressei no grupo GEOHAids - Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids, sob coordenação da Profª Drª Aline Aparecida Monroe, no qual tive a oportunidade de me aproximar da pesquisa por meio da iniciação científica. O GEOHAids mantém parceria com o “Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose” (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq, e juntos vêm desenvolvendo pesquisas voltadas ao manejo de ambos os agravos, valorizando a integração permanente entre universidades e serviços de saúde.

Cabe ressaltar que o presente estudo advém da parceria com a Secretária de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo (SAP) e está inserido no Projeto “Análise da Atenção à Saúde prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais da região de Ribeirão Preto/SP”, sendo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Projeto Universal (Processo nº: 460753/2014-2 – Vigência 19/11/2014 a 30/11/2017) e complementado com recursos provenientes da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) na modalidade auxílio regular à pesquisa (Processo nº: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018), ambos coordenados pela Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, vinculados à linha de pesquisa Práticas, Saberes e Políticas de Saúde do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

1 Introdução

O estudo tem o propósito de identificar e analisar os desafios relacionados à regularidade no uso da terapia antirretroviral (TARV) pelas pessoas vivendo com HIV no contexto carcerário pertencente à região de Ribeirão Preto, contemplando as unidades prisionais dos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul-SP.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) surgiu na década de 1980 e ainda hoje é considerada um sério problema de saúde pública (BARRETO et al., 2011). Caracterizada como uma condição crônica e infecciosa, trata-se de um agravo causado por um retrovírus, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), responsável pela progressiva destruição do sistema imunológico humano (SOUZA, 2008).

Quanto à magnitude do agravo, mundialmente, cerca de 1,8 milhões de pessoas foram infectadas em 2016, totalizando 36,7 milhões de pessoas vivendo com o vírus, e 1,0 milhão de óbitos foram registrados em consequência da doença (UNAIDS, 2017). No Brasil, desde o advento da epidemia até junho de 2016, notificou-se 842.710 casos de aids, destes 53,0% concentram-se na região sudeste. Quanto à taxa de mortalidade brasileira, registros apontaram 5,6 óbitos/100.000 habitantes em 2015, representando uma sutil queda de 5,0% quando comparada com o ano de 2006 (5,9 óbitos/100 mil habitantes), na região sudeste houve uma queda de 20,7% (BRASIL, 2017a).

Atualmente, verifica-se que a prevalência do HIV na população geral se mantém estável em 0,6%, desde 2004, enquanto populações chave apresentam taxas de prevalência que podem chegar até 10,5% (BRASIL, 2014a). No caso das populações privadas de liberdade (PPL), as chances de contrair o HIV podem ser até 50 vezes superiores em relação à população geral (UNAIDS, 2014a). Estudos internacionais apontam maior prevalência do HIV/aids no ambiente prisional em relação à população geral (AZBEL et al., 2013; HENOSTROZA et al. 2013; SEMAILLE et al., 2013; ZIGLAM et al. 2012). Os achados internacionais convergem com a realidade apontada em estudos brasileiros acerca da alta prevalência do HIV/aids no âmbito prisional (COELHO et al. 2007; PRELLWITZ et al. 2013).

Sabe-se que os grupos vulneráveis ao HIV estão mais sujeitos tanto para o desenvolvimento da infecção, como para o próprio agravamento da doença quando a mesma já se encontra instalada. A PPL representa uma das prioridades das políticas públicas focalizadas, principalmente no que tange à epidemia do HIV, que

apesar de estabilizada, apresenta tendência crescente e impactante nesse grupo. Tal contexto ainda desafia o setor saúde quanto à proposição e operacionalização de estratégias e tecnologias do cuidado pautadas no princípio do acesso e da equidade em saúde (GIANNA et al. 2012), agregando-se o desafio de manejo do HIV/aids enquanto uma condição crônica.

Em relação à população carcerária, 30 milhões de pessoas passam pelo sistema prisional em todo o mundo, sendo que 10 milhões permanecem encarceradas por um determinado período de tempo (UNODC, 2014). No Brasil há 607.731 indivíduos privados de liberdade, dos quais mais de 95% estão custodiados no Sistema Prisional (579.424). O perfil desta população é caracterizado pela presença de adultos jovens, entre 18 e 29 anos (56%), negros (67%), com baixo nível de escolaridade (80% entre analfabetos e com ensino fundamental) (BRASIL, 2015). Destaca-se que o estado de São Paulo concentra 36% (219.053) da população carcerária do Brasil, sendo a unidade federativa com o maior número de presos (BRASIL, 2015).

Embora amparado por lei dentro do rol de ações e serviços de saúde preconizado pelo SUS, a população prisional é tida como um segmento amplamente exposto a condições indignas de confinamento e o Sistema Prisional com relevantes iniquidades nas questões de saúde diretamente influenciadas pelo próprio contexto prisional, bem como pelo abandono e isolamento vivenciado pelos indivíduos, o que acaba contribuindo para processos de adoecimentos e aumento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids no ambiente de cárcere (UNODC, 2012).

Estudos apontam que no sistema prisional, entre os aspectos responsáveis para o aumento da vulnerabilidade ao HIV e outras doenças infectocontagiosas, destacavam-se a superlotação, o uso de drogas, o não uso do preservativo, o compartilhamento de agulhas na realização de tatuagens e alicates de unha, bem como a falta de acesso às informações e insumos para prevenção de doenças (BRASIL, 2008; UNODC, 2012). Tal fato revela a importância da produção do cuidado em saúde nas unidades prisionais, uma vez que a sobreposição das vulnerabilidades, faz com que os desafios sejam ainda maiores. Para a prevenção, o controle da infecção e da transmissão da doença no cárcere, urge a necessidade de educação em saúde, oferta de insumos (preservativos), a detecção precoce dos

indivíduos infectados, tratamento e delineamento de estratégias de adesão e monitoramento clínico-terapêutico (UNODC, 2012, 2014)

1.1 Saúde no sistema prisional: aspectos legais e operacionais

No que se refere à concepção do apenado na perspectiva dos direitos e deveres previstos e assegurados na Constituição Federal Brasileira de 1988, tem-se sujeitos sob a tutela do Estado, com restrições nas dimensões dos direitos civis, especificamente o de “ir e vir”, bem como na esfera dos direitos políticos, com suspensão da participação em processos de votação e alistamento eleitoral. Contudo, deve-se fazer valer a premissa da dignidade humana e a promoção do bem-estar social, com destaque para o direito universal à saúde, ofertado pelo Sistema Único de Saúde, implementado por meio através da Lei Orgânica de Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. No rol das legislações e normativas para a garantia do acesso a saúde, as pessoas privadas de liberdade detêm o direito à assistência digna reiterada do Art. 10 da Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 11 de julho de 1984 (BRASIL, 1984).

Após 13 anos da institucionalização do SUS, com objetivo de garantir o direito constitucional à saúde, norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram em 2003, mediante a Portaria Interministerial 1.777, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional. Tal Plano configura-se como instrumento orientador de ações e serviços para efetivar o acesso à saúde da população prisional nos diferentes níveis de atenção, dentre as ações, destacam-se a prevenção e manejo do HIV/aids. No mesmo ano a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) de São Paulo atualizaram o Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário em consonância com a Portaria supracitada, tendo como meta a assistência integral à saúde da população privada de liberdade no estado (BRASIL, 2014b).

Em 2014, o Ministério da Saúde (MS) revogou a Portaria Interministerial 1.777 e instituiu uma nova Política Nacional de Saúde Integral à Saúde das Pessoas

Privadas de Liberdade (PNAISP), a qual prevê que as equipes de saúde do sistema prisional¹ ofertem ações e serviços de atenção básica à saúde, sendo que as demais ações serão previstas e pactuadas nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014b), na qual as unidades prisionais se constituem importantes lócus de produção do cuidado, realizando a coordenação da assistência prestada às PPL.

A Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser viabilizada pela equipe de saúde inserida na unidade prisional, caracteriza-se por ações no campo individual e coletivo, proporcionando a universalização do acesso e a integralidade do cuidado, ou seja, as práticas no contexto penitenciário devem perpassar pelo campo da promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde, além de tais unidades também se configurarem como única porta de entrada no SUS para os indivíduos privados de liberdade sob a custódia do Estado. Assim, as equipes de saúde destas unidades assistenciais assumem a responsabilidade sanitária de uma população previamente definida (BRASIL, 2006).

No entanto, para que a equipe de saúde da UP possa conduzir suas práticas focalizadas no usuário e no seu cuidado integral, ela precisa seguir concomitantemente os atributos e funções preconizados pela APS nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os atributos (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) constituem-se como os qualificadores da APS, e para serem garantidos com qualidade, as funções essenciais (resolubilidade, comunicação e responsabilização) devem ser cumpridas (MENDES, 2011). No entanto, há entraves organizacionais que desafiam a operacionalização de tais funções, que vão desde a escassez de recursos humanos e materiais, até a ausência de articulação e integração com os demais pontos de atenção² da rede.

¹ Preconizada pelo PNAISP uma equipe mínima (multiprofissional) composta por médico, equipe de enfermagem, odontólogo, psicólogo e assistente social (BRASIL, 2014).

² Ponto de atenção refere-se a espaços que ofertem serviços de saúde, e cuja caracterização pauta-se na densidade tecnológica que o mesmo dispõe (BRASIL, 2010).

1.2 Políticas de controle do HIV e a interface com o sistema prisional

Com o intuito de acelerar a resposta global e produzir impactos significativos no controle do HIV/aids, em 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS) propôs as metas 90-90-90, a qual visa atingir até 2020: 90% de todas as pessoas que vivem com HIV cientes de sua condição sorológica; 90% das pessoas diagnosticadas em uso da TARV e 90% das pessoas em tratamento com supressão viral (UNAIDS, 2014b). Para que essas metas sejam atingidas, urge a necessidade de fortalecimento de programas tanto de prevenção como de tratamento voltados à população em geral, contudo há que se focalizar ações e serviços aos sujeitos mais vulneráveis, como as PPL, disponibilizando e assegurando equidade no acesso e resolutividade na assistência ofertada.

Na perspectiva de operacionalizar tais metas, um modelo epidemiológico é utilizado visando identificar *gaps* e intensificar ações para otimizar o alcance dos objetivos internacionais. O cuidado contínuo em cascata está ancorado no monitoramento programático do HIV e possui interface com os seguintes pilares: diagnóstico precoce; vinculação dos sujeitos diagnosticados aos cuidados; a retenção do indivíduo; em longo prazo, nos serviços de saúde; a oferta de tratamento antirretroviral e supressão viral (BRASIL, 2013, 2017b).

Nesse modelo, um importante desafio trata-se da retenção e adesão dos pacientes, principalmente no contexto das novas recomendações para o tratamento que prevê o oferecimento da TARV tão logo o diagnóstico seja instituído, independente das condições celulares, como anteriormente preconizado. Ofertar uma gama abrangente de ações e serviços de saúde articulados a uma rede de apoio capacitada possibilita o aumento na efetividade e continuidade do cuidado, favorecendo a retenção do indivíduo em tratamento, prévia ou pós inclusão medicamentosa, bem como a adesão terapêutica (UNAIDS, 2015). Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que a adesão precoce poderá evitar, no período de 2013 a 2025, cerca de 3 milhões de mortes relacionadas à aids e 3,5 milhões de novas infecções pelo vírus (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Deste modo, abordar o uso da TARV e as estratégias de monitoramento no sistema prisional é um grande desafio, uma vez que aderir à terapêutica medicamentosa reflete no sucesso e na progressão do tratamento, o qual envolve desde a disponibilidade/aceso aos medicamentos essenciais, a realização de exames laboratoriais, consultas e disponibilização do medicamento, dentre outros. Além disso, a adesão constitui-se como fenômeno dinâmico, complexo e sem uma medida definida para seu monitoramento e aferição, o qual reflete na atuação dos profissionais de saúde, uma vez que não há métodos ou procedimentos capazes de garantir a adoção de um padrão adequado quanto à adesão de uma pessoa. Por outro lado, a fidedignidade da medida de adesão à TARV é essencial para avaliar as intervenções propostas, melhorar o seguimento do tratamento e prevenir a resistência viral (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Frente ao exposto e considerando que a infecção pelo HIV/aids configura-se como uma condição crônica, cuja prevalência é alta no ambiente carcerário e as pessoas privadas de liberdade possuem o direito à assistência integral à saúde, estudos de natureza operacional são relevantes para a compreensão das fortalezas e desafios que envolvem a assistência prestada às pessoas que vivem com aids inseridas no ambiente prisional. Almeja-se produzir componentes teóricos e operacionais capazes de subsidiar reflexões e proposição de estratégias que otimizem e qualifiquem a produção do cuidado em saúde, bem como o adequado manejo do agravo. Nesse sentido, este estudo pretende analisar as estratégias para o monitoramento uso da TARV em pessoas vivendo com HIV/aids no ambiente carcerário.

1.3 Estado da Arte

Estabelecer o “estado da arte” ou “estado do conhecimento” colabora para a identificação e compreensão do que vem sendo discutido e evidenciado sobre o tema da investigação (FERREIRA, 2002).

Assim, recorrer à literatura, seja de forma sistemática ou não, possibilita fundamentar determinado objeto de estudo por meio de referências bibliográficas

disponibilizadas no meio acadêmico e científico (ROTHER, 2007). Tal investigação permite o agrupamento do conhecimento produzido e, conseqüentemente, a discussão acerca da produção científica de maneira crítica, subsidiando desta forma, a qualificação profissional, a identificação de lacunas do conhecimento que merecem destaque e a fundamentação necessária ao desenvolvimento de novas propostas de investigações (SAMPAIO, MANCINI, 2007; ROTHER, 2007).

Para tal, torna-se imperativo o delineamento de uma questão norteadora que subsidie a seleção das bibliografias pesquisadas (GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004), assim, para a investigação das publicações relacionadas ao monitoramento do uso da TARV em pessoas que vivem com aids privadas de liberdade, considerou-se a pergunta “Qual o conhecimento produzido sobre as ações desenvolvidas para estimular e acompanhar a adesão à TARV em prisões? ”

Como estratégia de busca optou-se pela escolha dos descritores a partir da investigação prévia à biblioteca de terminologia em saúde – Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Regional de Medicina da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/BIREME), no Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e nos Títulos CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). As combinações dos descritores selecionados foram realizadas nas bases eletrônicas de dados elencadas: LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde), PubMed (Public/Medline ou Publisher Medline) e CINAHL, respectivamente, conforme mostra o quadro 1:

Quadro 1: Resumo do levantamento bibliográfico: base de dados, seleção dos descritores e cruzamento utilizado, Ribeirão Preto, 2017.

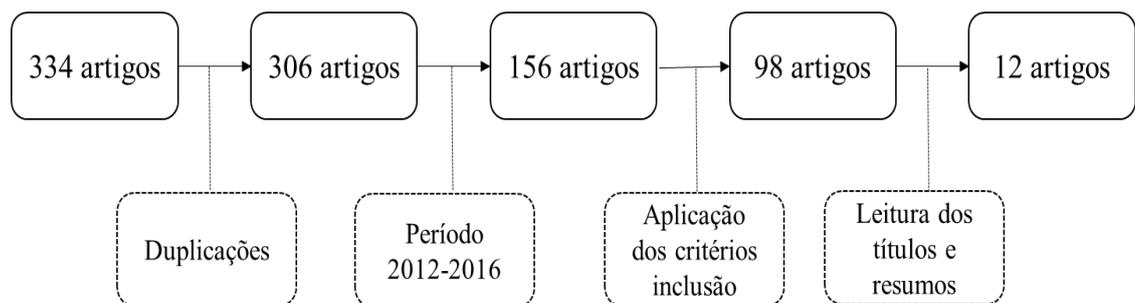
Base de Dados	Seleção dos Descritores	Cruzamento dos descritores selecionados
Lilacs	DeCS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida OU HIV OU AIDS E Cooperação do paciente OU Adesão à medicação OU Antirretrovirais OU Terapia antirretroviral de alta atividade E Prisões
Pubmed	MeSH	<i>Patient compliance OR Medication adherence OR Adherence to treatment OR Antiretroviral AND HIV OR AIDS</i> <i>OR Acquired Immunodeficiency Syndrome AND Prisons OR Prisoners</i>
CINAHL	Títulos CINAHL	<i>Patient compliance OR Medication adherence OR Adherence to treatment OR Antiretroviral AND HIV OR AIDS</i> <i>OR Acquired Immunodeficiency Syndrome AND Prisons OR Prisoners</i>

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

O levantamento ocorreu no período de janeiro a março de 2017. Um total de 334 artigos foram encontrados a partir dos cruzamentos supracitados, sendo 28 excluídos por estarem duplicados.

Dos 306 artigos restantes, considerou o período de publicação de janeiro de 2012 a dezembro de 2016, resultando na retenção de 156 artigos. Na sequência, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: pesquisas científicas originais, artigos de reflexão/debate, estudos de caso e relatos de experiência que estivessem disponíveis na íntegra nos idiomas português, espanhol e inglês, resultando em 98 artigos. Com tais artigos, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos buscando aqueles cujo tema respondesse à pergunta de investigação (Figura 1).

Figura 1 - Síntese da seleção dos artigos, 2017.



Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Após as etapas mencionadas, foram selecionados 12 artigos para leitura na íntegra (Quadro 2) e síntese dos principais resultados, os quais foram categorizados em três temáticas: (1) Ações pertinentes ao acompanhamento do uso da TARV prévias ao encarceramento; (2) Ações pertinentes ao acompanhamento do uso da TARV durante o encarceramento e (3) Ações pertinentes ao acompanhamento do uso da TARV após o encarceramento.

Quadro 2 - Descrição dos artigos incluídos no estado da arte segundo título, autor, ano de publicação e periódico. Ribeirão Preto, 2017.

Título	Autor (es)	Ano	Periódico
1. <i>Correlates of retention in HIV care after release from jail: results from a multi-site study.</i>	Amy L. Althoff; Alexei Zelenev; Jaimie P. Meyer; Jeannia Fu; Shan-Estelle Brown; Panagiotis Vagenas; Ann K. Avery; Jacqueline Cruzado-Quiñones; Anne C. Spaulding; Frederick L. Altice.	2013	<i>AIDS and Behavior</i>

Título	Autor (es)	Ano	Periódico
2. <i>Jails as an opportunity to increase engagement in HIV care: findings from an observational cross-sectional study.</i>	Ann K. Avery; Rachel W. Ciomcia; Thomas Lincoln; Maureen Desbrais; Alison O. Jordan; Aadia I. Rana; Rhoderick Machezano.	2013	<i>AIDS and Behavior</i>
3. <i>Federal Bureau of Prisons HIV consultant pharmacist monitoring and advisory program.</i>	J. Tyler Bingham	2012	<i>Journal of the American Pharmacists Association</i>
4. <i>Adherence to HIV Treatment and Care Among Previously Homeless Jail Detainees.</i>	Nadine E. Chen; Jaimie P. Meyer; Ann K. Avery; Jeffrey Draine; Timothy P. Flanigan; Thomas Lincoln; Anne C. Spaulding; Sandra A. Springer; Frederick L. Altice.	2013	<i>AIDS and Behavior</i>
5. <i>Violence and the perceived risks of taking antiretroviral therapy in US jails and prisons.</i>	Gabriel J. Culbert.	2014	<i>International Journal of Prisoner Health</i>
6. <i>The Influence of Medication Attitudes on Utilization of Antiretroviral Therapy (ART) in Indonesian Prisons.</i>	Gabriel J. Culbert; Alexander R. Bazazi; Agung Waluyo; Astia Murni; Azalia P. Muchransyah; Mariska Iriyanti; Finnahari; Maxim Polonsky; Judith Levy; Frederick L. Altice.	2016	<i>AIDS and Behavior</i>
7. <i>Optimization of human immunodeficiency virus treatment during incarceration: viral suppression at the prison gate.</i>	Jaimie P. Meyer; Javier Cepeda; Johnny Wu; Robert L. Trestman; Frederick L. Altice; Sandra A. Springer.	2014	<i>JAMA Internal Medicine</i>
8. <i>Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners.</i>	Paparizos Vassilios; Kourkounti Sofia; Leuow Kirsten; Georgoulas Stergios; Kyriakis Kyriakos; Antoniou Christina.	2013	<i>Le Infezioni in Medicina</i>
9. <i>Technology use in linking criminal justice reentrants to HIV care in the community: a qualitative formative research study.</i>	James Peterson; Michelle Cota; Holly Gray; Lauri Bazerman; Irene Kuo; Ann Kurth; Curt Beckwith.	2015	<i>Journal of Health Communication</i>
10. <i>Rationale, study design and sample characteristics of a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected prisoners transitioning to the community - a potential conduit to improved HIV treatment outcomes</i>	Ali Shabahang; Saber-Tehrani; Sandra A. Springer; Jingjun Qiu; Maua Herme; Jeffrey Wickersham; Frederick L. Altice.	2012	<i>Contemporary Clinical Trials</i>
11. <i>Directly observed versus self-administered antiretroviral therapies: preference of HIV-positive jailed inmates in San Francisco.</i>	Parya Saberi; Nikolai H. Caswell; Ross Jamison; Milton Estes; Jacqueline P. Tulsky.	2012	<i>Journal of Urban Health</i>
12. <i>Namibian prisoners describe barriers to HIV antiretroviral therapy adherence.</i>	Nauyele Shalihu; Louise Pretorius; Agnes Van Dyk; Ann Vander Stoep; Amy Hagopian	2014	<i>AIDS Care</i>

1.3.1 Ações pertinentes ao acompanhamento do uso da TARV prévias ao encarceramento

Dois estudos selecionados abordavam ações realizadas no período que antecedeu o encarceramento, as quais possibilitaram a continuidade do cuidado no contexto do cárcere. Vale destacar que ambos foram realizados nos Estados Unidos (AVERY et al., 2013; CHEN et al., 2013).

No estudo de AVERY et al. (2013) discorre-se sobre o impacto do encarceramento no cuidado à saúde, uma vez que possibilita um rol de oportunidades para intervir, educar e envolver aqueles indivíduos desprovidos de recursos e que possuem importantes necessidades sociais e de saúde (ausência de seguro-saúde, habitação, emprego) permitindo deste modo, o acesso à assistência em HIV.

Já Chen et al. (2013) procuram entender quais as relações estão envolvidas no cuidado à saúde antes da custódia, considerando os sujeitos que possuíam moradia e os que não possuíam. Foi possível identificar que os que não possuíam habitação estavam mais propensos ao uso de drogas, distúrbios psiquiátricos, aumentando a gravidade e sobreposição de doenças. Também, verificou-se que o acompanhamento clínico e medicamentoso do HIV dependia do seguro-saúde, independente do status habitacional.

Em ambos os estudos, destaca-se a importância do seguro saúde para a manutenção do cuidado às pessoas que vivem com HIV e também para a adesão à TARV. Além de envolver as questões que perpassam o estado de saúde, mostrando a necessidade de ver o indivíduo de forma integral, em suas dimensões biopsicossociais (CHEN et al., 2013; AVERY et al., 2013).

1.3.2 Ações pertinentes ao acompanhamento do uso da TARV durante o encarceramento

Estratégias relacionadas ao acompanhamento do uso da TARV no cárcere foram abordadas nos estudos de BINGHAM, (2012); SABERI et al. (2012); CULBERT et al. (2016); PAPARIZOS, et al. (2013); SHALIHU et al. (2014); PETERSON et al. (2015); MEYER et al. (2014).

Segundo Bingham (2012), em estudo realizado nos Estados Unidos, a disponibilização de um profissional específico (farmacêutico) para proceder ao gerenciamento das medicações, bem como fornecer orientações sobre as mesmas possibilitou que alguns pacientes melhorassem seus marcadores clínicos como a carga viral e CD4+ (BINGHAM, J.T, 2012). Outro estudo realizado em São Francisco (EUA) analisou a preferência dos detentos em relação ao seguimento utilizando a terapia diretamente observada (*DAART*) e a auto administrada guiada, de modo que a maioria aponta opção pela modalidade auto administrada, justificada pela privacidade, maior controle do antirretroviral e diminuição de outros problemas (SABERI et al., 2012). A modalidade em questão favoreceu a tendência ao autocuidado e a adesão terapêutica (SABERI et al., 2012).

Outros estudos abordam questões comportamentais, tais como desconfiança em relação a eficácia do medicamento antirretroviral, aceitação quanto ao seu uso, as quais configuram elementos que fragilizam a adesão ao seguimento clínico terapêutico (CULBERT et al., 2016; PAPARIZOS et al., 2013). Shalihu et al. (2014) em seu estudo realizado em prisões da Namíbia, revela seis barreiras que impedem a adesão ao tratamento, a saber: (1) desejo de privacidade e anonimato, (2) falta de apoio, (3) alimentação insuficiente, (4) comercialização de medicamentos, (5) ambiente hostil e inseguro e (6) pouco conhecimento sobre a doença (SHALIHU et al., 2014). Nesta perspectiva, os estudos apontam a importância de envolver o indivíduo no cuidado e a necessidade de conhecer suas singularidades e comportamentos, inclusive aqueles anteriores ao encarceramento, favorecendo, deste modo, a adesão e a continuidade do tratamento (CULBERT et al., 2016; PAPARIZOS et al., 2013; SHALIHU et al., 2014).

Uma estratégia identificada, a partir da visão do detento, refere-se ao uso de

ferramentas baseadas em tecnologias capazes de facilitar o vínculo, adesão ao plano de cuidados e a supressão viral para detentos em uso de TARV (PETERSON, et al., 2015). Os participantes relataram experiências positivas diante de ferramentas como o aconselhamento baseado em computador e intervenções por mensagens de texto. O estudo reforça que tais ferramentas podem ser utilizadas tanto para maior vinculação como para auxiliar os profissionais envolvidos no cuidado a monitorar o tratamento de cada indivíduo (PETERSON et al., 2015).

Meyer et al. (2014) avaliou os resultados do tratamento do HIV ao longo do encarceramento. Embora apenas um terço dos prisioneiros infectados que fazem uso de TARV tivessem adentrado às instalações correccionais com supressão viral, a abordagem terapêutica adotada durante o encarceramento resultou em oportunidades para a supressão viral e/ou melhora clínica. Os autores apontam que o tratamento no contexto carcerário só é possível com um ambiente altamente estruturado e, com a combinação de regimes de TARV simples e bem tolerados (MEYER et al., 2014).

1.3.3 Ações pertinentes ao acompanhamento do uso da TARV após o encarceramento

Os estudos que abordam ações após o encarceramento foram realizados nos Estados Unidos. Althoff et al. (2013), avaliaram a continuidade do tratamento após a liberdade e verificaram que aqueles indivíduos que tiveram acesso ao tratamento dentro da prisão e que acessam precocemente o serviço de saúde para a continuidade do cuidado apresentaram maior taxa de retenção do cuidado (ALTHOFF et al., 2013).

Saber-Tehrani et al. (2012) avaliou a melhor estratégia de tomada do antirretroviral (terapia diretamente observada “*DAART*” ou autoadministrada) para manutenção dos resultados alcançados no cárcere, destacando que a *DAART* tem mais benefícios em relação a modalidade autoadministrada por propiciar continuidade e vinculação com o serviço de saúde (SABER-TEHRANI et al., 2012).

Tais estudos reforçam a importância do planejamento para a reinserção dos

sujeitos na comunidade, uma vez que garantirá a continuidade do cuidado e manutenção dos resultados alcançados durante o encarceramento.

1.3.4 Considerações sobre o estado da arte

Os estudos selecionados oferecem subsídios para a discussão de estratégias que fomentem a adesão a TARV e que sejam capazes de garantir a sustentabilidade dos resultados sanitários almejados e alcançados.

Abordar as questões ligadas ao HIV no contexto do cárcere representa um desafio muito grande, uma vez que tal população-chave possui singularidades e necessidades sociais e de saúde complexas, cujo acompanhamento clínico e medicamentoso desses sujeitos exige o desenvolvimento e incorporação de estratégias de intervenção capazes de articular as demandas de saúde e, ao mesmo tempo, otimizar os escassos recursos disponíveis para o alcance dos melhores resultados sanitários.

1.4 Justificativa do estudo

A abordagem ao sistema penitenciário brasileiro sempre ocupou posições de destaque nas mídias nacional e internacional. Inúmeras são as críticas quanto à superlotação, estrutura física inadequada, falta de ações para ressocialização e flexibilização/propostas alternativas para o cumprimento de penas, bem como as importantes lacunas no que se refere à saúde das apenados. Nesse sentido, ao trazer à tona a discussão da temática, pretende-se contribuir com reflexões acerca da necessidade de revisão e realinhamento de políticas públicas sociais, em especial, as de saúde voltadas para a prevenção e manejo do HIV/aids, principalmente pelo fato desta população ser considerada chave no contexto de enfrentamento da epidemia no cenário global.

Partindo-se da concepção de que a infecção pelo vírus se configura como

uma condição crônica, cuja prevalência é alta no ambiente carcerário e as pessoas privadas de liberdade possuem o direito à assistência integral à saúde, defende-se a condução de estudos de natureza operacional visando a compreensão das fortalezas e desafios que envolvem a produção do cuidado em saúde e o respectivo impacto no controle do HIV/aids. Salienta-se que, a partir dos achados destacados na seção “estado da arte”, muitas são as oportunidades de intervenção durante o período em que os sujeitos estão no cárcere, desta forma, o presente estudo parte da seguinte questão: Quais são os desafios relacionados à regularidade no uso da TARV pelas pessoas vivendo com HIV/aids no ambiente carcerário?

2 Quadro Teórico

Caracterizadas como condições clínicas de saúde que não apresentam cursos regulares, as doenças crônicas, geralmente são progressões patológicas lentas, persistentes, podendo ultrapassar períodos de três meses, com potencial de se tornar uma condição permanente na vida do doente. Por estarem associadas à hereditariedade, estilos de vida e exposição a fatores ambientais ou fisiológicos, é possível que o manejo inadequado de tais agravos resulte em quadros de agudização, os quais produzem impactos nas esferas sociais, econômicas e pessoais no contexto de vida dos sujeitos (FREITAS; MENDES, 2007; MENDES, 2015).

O HIV/aids está, entre as doenças infecciosas, enquadrado no conceito de doença crônica, justamente por ser uma condição persistente (MENDES, 2015). E, como condição crônica, demanda organização e cuidados complexos, ainda mais porque envolve o acometimento de diversas situações socioculturais que repercutem no estado clínico e de saúde das pessoas que vivem com o agravo (MENDES, 2015).

Perante tal necessidade de organização dos cuidados para o atendimento das condições crônicas, como o HIV/aids, Mendes (2011) destaca a relevância de um sistema sanitário estruturado e funcional, capaz de produzir ações de modo proativo, integrado e contínuo; constituído e consolidado na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que, por definição, trata-se de:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2011, p.2300).

Deste modo, a unidade prisional se configura como um ponto importante de atenção no contexto de configuração das redes de atenção, desempenhando as competências e atribuições da APS, assumindo, deste modo, a responsabilidade sanitária de uma população específica, qual seja, as pessoas em situação de privação de liberdade. Nesta perspectiva, a dinâmica de produção do cuidado em saúde nestes serviços deve contemplar a prevenção e o manejo das condições

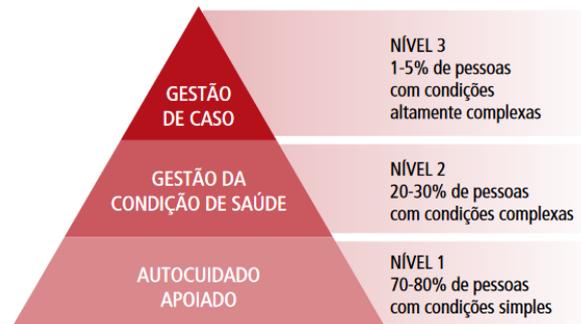
crônicas, por meio da incorporação de ferramentas assistenciais que otimizem o processo de trabalho e favoreçam a identificação de necessidades e a respectiva oferta de ações e serviços de saúde aos indivíduos apenados.

Ao se abordar o manejo das condições crônicas, uma ferramenta que permite pensar, planejar e compatibilizar a assistência prestada em função das necessidades e demandas de saúde, denominada Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente e/ou Modelo da Pirâmide de Risco (MPR), instrumentaliza o processo de trabalho por meio da classificação dos cuidados em saúde em três níveis, de acordo com a complexidade do agravo, assim, sua aplicabilidade permite organizar as intervenções e otimizar os recursos disponíveis. Tal ferramenta subsidia a organização e o incentivo ao autocuidado apoiado, além da gestão e manejo dos casos mais complexos, aplicando-se tecnologias de saúde necessárias em cada nível do cuidado em saúde a ser ofertado (MENDES, 2011, 2012). Estudos revelam que a utilização da ferramenta em questão resultou em melhorias na qualidade de vida dos indivíduos, refletindo, inclusive na diminuição de internações hospitalares (WALLACE, 2005; SINGH; HAM, 2006; PORTER, 2007).

O modelo da pirâmide de risco possui algumas particularidades:

[...] a integração do sistema de atenção à saúde, a estratificação da população por riscos e o seu manejo por meio de tecnologias de gestão da clínica, os esforços em ações promocionais e preventivas, a ênfase no autocuidado apoiado, o alinhamento da atenção com as necessidades de saúde das pessoas usuárias, a completa integração entre a APS e a atenção especializada, a ênfase na tecnologia de informação voltada para a clínica e a consideração das pessoas usuárias como membros das equipes de saúde (MENDES, 2011, p.238)

Como pode ser visto na figura 2, a base da pirâmide diz respeito ao **autocuidado apoiado**, o meio à **gestão da condição de saúde** e o topo da pirâmide refere-se à **gestão de caso**.

Figura 2 - Pirâmide de risco da Kaiser permanente.

Fonte: Mendes (2011)

A estratificação da população segundo riscos e/ou vulnerabilidades possibilita identificar e organizar as necessidades e demandas de saúde, distinguindo os indivíduos segundo singularidades e complexidade de cuidado, permitindo o planejamento e a oferta de ações e serviços para o adequado manejo das condições crônicas. Salienta-se que os grupos menos complexos possuem suas ações pautadas no autocuidado apoiado, já os demais grupos carecem de maior atenção da equipe de saúde e dos serviços especializados (MENDES, 2012).

Estimular o autocuidado apoiado, permite envolver o sujeito e o responsabilizar pela própria saúde. Os profissionais devem oferecer estratégias capazes de educar e empoderar os sujeitos quanto à cronicidade de suas condições de saúde. Além disso, para garantir sua efetividade é necessária a presença de um apoiador, que pode ser a família ou até mesmo o profissional de saúde (MENDES, 2011). Sabe-se que o processo em que os profissionais de saúde encorajam os sujeitos a assumirem o seu cuidado, seja individualmente ou em grupo, favorecem a adesão a comportamentos saudáveis e ao tratamento clínico e medicamentoso (CURITIBA, 2012).

O segundo pilar da pirâmide de risco refere-se à gestão da condição clínica, a qual Mendes (2011) definiu como a linha de gestão de fatores de risco biopsicológico, onde atividades de educação e cuidado são desenvolvidas para o alcance da qualidade na atenção à saúde. Seus componentes (plano de cuidado, gestão dos riscos da atenção, educação permanente, educação em saúde e programação da condição de saúde) podem facilitar sua execução (MENDES, 2011).

Já no topo da pirâmide, vislumbra-se a aplicação da tecnologia denominada gestão de caso, a qual envolve em seu processo de produção do cuidado em saúde

a participação ativa do profissional, do portador de cronicidade e do seu suporte social, objetivando, deste modo, coordenar, direcionar e qualificar a assistência prestada (MENDES, 2011).

Partindo-se do modelo da pirâmide de risco, ao se pensar na prevenção e o manejo das condições crônicas de saúde no contexto do SUS, Mendes (2011) amplia tal perspectiva ao propor o Modelo de Atenção às Doenças Crônicas (MACC), o qual está ancorado em cinco níveis e envolve grupos populacionais e intervenções de saúde específicas. Tal modelo inspirou-se em outros já existentes para que pudesse responder às demandas e particularidades do sistema de saúde brasileiro. Destaca-se que o modelo da pirâmide de risco inspirou no MACC a proposta de estratificação de risco quando se aborda uma condição crônica já instalada (MENDES, 2011, 2012).

Figura 3 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes (2011).

De acordo com a figura 3, os níveis 1 e 2 do MACC estão ligados a população geral e estes desvelam o potencial de produzir ações pautadas na promoção e prevenção. A partir do 3º nível aplica-se a estratificação da população segundo suas condições de saúde e as respectivas definições de intervenções e tecnologias de saúde³ necessárias. A linha transversal determina a atenção à saúde, sendo que

³ Tecnologia em saúde: segundo Mendes-Gonçalves (1994) existem dois tipos de tecnologia as materiais (insumos) e as não materiais (conhecimento), os quais compõem o processo de trabalho em saúde.

abaixo da mesma remete ao autocuidado apoiado e acima da linha pauta-se na necessidade de maior atenção por parte dos profissionais de saúde, verificando-se, deste modo, a incorporação de elementos da pirâmide de risco na configuração do MACC (MENDES, 2011). Há que se destacar o potencial do MACC na produção do cuidado integral em saúde, uma vez que leva em consideração os determinantes sociais de saúde nos cinco níveis de intervenções propostos para a atenção aos diferentes grupos populacionais abordados.

O cuidado do HIV/aids enquanto uma condição crônica de saúde pode ser planejado perante essas estratégias de intervenção estabelecidas pelos modelos acima mencionados. Com destaque para o MACC por abordar questões individuais, coletivas e sociais, colabora para a organização da assistência prestada, uma vez que trará medidas que considerem o autocuidado e a relação profissional-paciente (FIUZA et al., 2013).

Ao se proceder a releitura do MACC na perspectiva da prevenção e manejo do HIV/aids, compreende-se que os níveis 1 e 2 abordam ações pautadas na prevenção do HIV ofertadas aos apenados de uma forma geral, disponibilizando-se o aconselhamento e testagem ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, bem como, a disponibilização de insumos (preservativos) e realização de campanhas voltadas para a conscientização do agravo e para o diagnóstico precoce do mesmo. A partir do nível 3, encontram-se aqueles indivíduos que possuem o diagnóstico da infecção pelo vírus já instituído, nesse sentido, incorporar a estratificação de risco enquanto uma tecnologia para a produção do cuidado em saúde permitirá a identificação dos sujeitos com maiores necessidades e demandas de saúde para a gestão de cada caso, bem como identificar aqueles indivíduos com potencial de atuarem enquanto protagonistas, assumindo, juntamente com a equipe de saúde, o autocuidado apoiado, o qual permite a construção e monitoramento de um plano de intervenções específico, coerente com a singularidade de cada caso.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar os desafios relacionados à regularidade no uso da terapia antirretroviral pelas pessoas vivendo com HIV/aids em unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e de acompanhamento das condições de saúde das pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids.
- ✓ Analisar a regularidade no uso da terapia antirretroviral em pessoas que vivem com aids privadas de liberdade;
- ✓ Analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das unidades prisionais para o acompanhamento do uso da terapia antirretroviral em pessoas privadas de liberdade vivendo com o HIV/aids;
- ✓ Identificar os aspectos associados a adesão à terapia antirretroviral em pessoas privadas de liberdade.

4 Percurso Metodológico

4.1 Delineamento do estudo

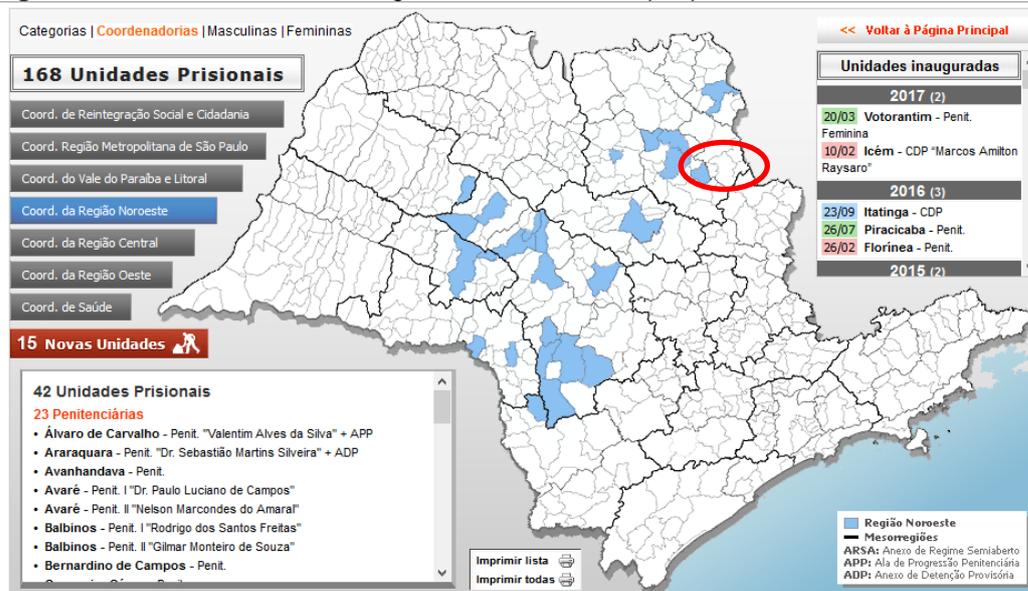
Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito, realizado a partir da abordagem quantitativa.

Constitui um dos eixos de investigação do projeto “Análise da Atenção à Saúde prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais da região de Ribeirão Preto/SP” financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Projeto Universal (Processo nº: 460753/2014-2 – Vigência 19/11/2014 a 30/11/2017) e complementado com recursos provenientes da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) na modalidade auxílio regular à pesquisa (Processo nº: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018), cuja coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2015, na qual participei ativamente como pós-graduanda de todas as etapas de execução do mesmo. Uma vez que o presente objeto de investigação se trata de um recorte do projeto acima mencionado, há que se destacar que o mesmo pautou-se na utilização de dados já coletados.

4.2 Caracterização do cenário de investigação

O presente estudo foi realizado em unidades prisionais pertencentes à Região de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo.

De acordo com a figura abaixo, verifica-se que o estado de São Paulo possui 168 UP das quais, 15 são centros de progressão penitenciária, 43 - centros de detenção provisória, 22 - centros de ressocialização, 84 - penitenciárias e 03 – hospitais de custódia.

Figura 4: Unidades Prisionais Região Noroeste, destaque para Ribeirão Preto e Serra Azul.

Fonte: Secretária de Administração Penitenciária (2017).

A Região Noroeste possui 42 UPs (Figura 4), sendo que seis delas foram consideradas como cenários de investigação deste estudo, uma vez que estão situadas na região de Ribeirão Preto. Nesta região, há três UPs no município de Ribeirão Preto (01 Centro de Detenção Provisória, 01 Penitenciária Masculina e 01 Penitenciária Feminina) e as demais estão localizadas no município de Serra Azul (01 CDP e 02 Penitenciárias Masculinas) (SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA/ SP, 2017). No período de agosto a outubro de 2015, a população carcerária da região estudada era de, aproximadamente, 7.840 indivíduos, os quais estavam distribuídos de acordo com o quadro 03, sendo possível verificar que a ocupação de tais unidades ultrapassava a capacidade das mesmas.

Importante ressaltar que para melhor compreensão do local de estudo, utilizou-se um roteiro estruturado (ANEXO A) para caracterização das unidades prisionais, as quais, para fins didáticos e éticos, foram nomeadas com siglas de referência, a saber: Penitenciária A (PA); Penitenciária B (PB); Penitenciária C (PC); Penitenciária D (PD); Centro de Detenção Provisória E (CDP-E); e Centro de Detenção Provisória F (CDP-F).

Quadro 3: Distribuição das pessoas privadas de liberdade segundo unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015 e 2017.

Unidade Prisional	Capacidade	População em 2015*	Percentual de ocupação em 2015	População Atual (2017)**
PA	853	1767	207,2	1999
PB	856	1671	195,2	1726
PC	865	1922	222,2	1905
	108 [#]	-	-	158 [#]
PD	303	507	167,3	371
	102 [#]	-	-	105 [#]
CDP-E	586	882	150,5	851
CDP-F	856	1091	127,5	299
Total	4344	7840	180,5	7151

Nota: *Informação referida pelos gestores das UPs durante caracterização.

**Informações do site da SAP

[#]Valores referente a Ala de Progressão Penitenciária (semiaberto)

Fonte: Adaptado da Secretária de Administração Penitenciária de São Paulo (2017).

Quanto à organização da atenção à saúde no sistema prisional, cada unidade conta com um serviço de saúde constituído por uma equipe (Quadro 4) que devem realizar ações condizentes com as atribuições e funções da Atenção Primária à Saúde, de forma articulada com a Rede Local de Atenção à Saúde. A estrutura física das unidades de saúde prisionais localiza-se dentro do complexo físico penitenciário e está descrita no Quadro 5.

Quadro 4: Caracterização das equipes de saúde das unidades prisionais segundo a composição do quadro de recursos humanos da região de Ribeirão Preto, 2015.

Unidades Prisionais Recursos Humanos*		PA	PB	PC	PD	CDP-E	CDP-F
Médico	Nº	-	2	1	-	-	-
	CH	-	20 horas	12 horas	-	-	-
	Vínculo	-	SMS	SAP	-	-	-
Médico Ginecologista	Nº	-	-	-	1	-	-
	CH	-	-	-	20 horas	-	-
	Vínculo	-	-	-	SAP	-	-
Médico Psiquiatra	Nº	-	-	-	-	-	-
	CH	-	-	-	-	-	-
	Vínculo	-	-	-	-	-	-
Enfermeiro	Nº	1	2	4*	1*	2	1
	CH	30 horas					
	Vínculo	SAP	SMS	SAP	SAP	SAP	SAP
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Nº	2	3	2	1	1	1
	CH	30 horas					
	Vínculo	SAP	SAP/SMS	SAP	SAP	SAP	SAP
Farmacêutico	Nº	-	-	-	-	-	-
	CH	-	-	-	-	-	-
	Vínculo	-	-	-	-	-	-
Atendente de Consultório Dentário	Nº	-	-	-	-	-	-
	CH	-	-	-	-	-	-
	Vínculo	-	-	-	-	-	-
Cirurgião Dentista	Nº	1	2	2	2*	1	-
	CH	20 horas	-				
	Vínculo	SAP	SMS	SAP	SAP	SAP	-
Assistente Social	Nº	1	1	2	3	1	1
	CH	30 horas					
	Vínculo	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
Psicólogo	Nº	3	1	4	2*	1	2
	CH	30 horas					
	Vínculo	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
Agente Penitenciário de Saúde	Nº	6	6	5	6	8	6
	CH	40 horas					
	Vínculo	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP

Nota: * Profissionais que compõem a equipe de saúde segundo recomendações do PNAISP, 2014.

Fonte: Elaborada pela autora (2017)

Quadro 5: Estrutura física das unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015

Unidades Prisionais	PA	PB	PC	PD	CDP-E	CDP-F
Ambiente						
Consultório Médico	01*	01	02	01	01	01
Consultório odontológico	01	01	01	01	01	01
Sala de coleta de material/medicação	Não	01	01	01	01	01
Sala curativo	Não	Mesma medicação	Mesmo medicação	Mesma medicação	Mesma medicação	Mesma medicação
Celas de observações	05	05	01	02	Mesma medicação	05
Cela de espera	Não	01	01	02	02	Não
Cela (Suíte íntima)	Não	Não	Não	01	Não	Não

Nota: * Consultório multiprofissional, usado por todas especialidades.

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

O atendimento aos usuários nas unidades de saúde prisional ocorre por demanda espontânea ou por agendamento em alguns casos específicos (enfermidades). Dentro da UP existe um instrumento de comunicação interna, conhecido como “pipa”, o qual é utilizado pelo detento para solicitar atendimento, mediante apresentação do motivo da demanda. Trata-se de um pedaço de papel onde o solicitante, de modo formal, respeitoso, claro e objetivo, redige a queixa apresentada, a sua duração e o destinatário da informação, na expectativa de que sua demanda seja elencada dentre as múltiplas solicitações e prioridades do dia. Este bilhete é entregue ao agente penitenciário de saúde para ser direcionado à equipe de saúde ou assistência social, quando a UP possui este último profissional no seu quadro de recursos humanos.

Ainda quanto à organização do processo de trabalho no interior das UP, existe a possibilidade de detentos atuarem como multiplicadores de saúde, sendo tal seleção pautada no bom comportamento, conhecimentos prévios, interesse e disponibilidade em colaborar com a equipe de saúde, seja por meio da capilarização de informações nos raios e celas de convivência, recolhimento de pipas/bilhetes, dentre outras funções.

No que se refere à dinâmica instituída para avaliação inicial da situação de saúde dos detentos, no momento da inclusão de indivíduos no sistema prisional realiza-se um atendimento individualizado pela equipe de saúde, com o intuito de investigar o histórico de saúde do detento, planejamento familiar (apenas para

mulheres), identificar suspeitos de tuberculose e oferecer testagem sorológica para HIV, Sífilis e hepatites virais. Neste caso, quando há interesse, o exame pode ser realizado no mesmo dia ou agendado para uma data mais próxima dependendo das demandas e dos recursos humanos e materiais disponíveis nas UP.

Quando o detento é procedente de outra unidade prisional, tal atendimento denominado “inclusão” também é realizado, mesmo que já tenha ocorrido no local de origem. Ressalta-se que, no caso de transferências entre UP, os prontuários dos detentos (prisional e de saúde) também devem ser transferidos. Para fins de integração das informações dos detentos, há uma legislação específica que ratifica a transferência do prontuário prisional (BRASIL, 2009). Importante informar que foram relatadas dificuldades/descompasso no envio dos prontuários de saúde em situações de transferência entre UP, refletindo na continuidade das ações ofertadas aos detentos.

4.2.1 Assistência em HIV/aids no sistema prisional.

As pessoas que vivem com HIV/aids inseridas no sistema prisional recebem assistência em saúde durante o período em que se encontram sob custódia do Estado, tanto dentro do sistema prisional, quanto fora do mesmo, por equipes especializadas em HIV/aids. Nos quadros 6 e 7 é possível verificar algumas particularidades das unidades estudadas, em relação aos atendimentos realizados às pessoas que vivem com HIV/aids em acompanhamento, indivíduos em uso da TARV, dias e horários de atendimento das equipes de saúde.

Quadro 6: Caracterização das unidades prisionais segundo aspectos da dinâmica de atenção em HIV/aids prestada aos detentos, Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015.

Unidades Prisionais	PA	PB	PC	PD	CDP-E	CDP-F
Variáveis						
Número total de PVHA em acompanhamento	13	35	23	20	4	3
Número total de PVHA em uso de TARV	13	24	19	18	3	1
Atendimento em saúde no sistema prisional	Segunda à sexta-feira das 06 às 18 horas	Segunda à sexta-feira das 06 às 18 horas Sábado: das 06 às 12 horas	Segunda à Sexta-feira das 06 às 18:50 horas	Segunda à sexta-feira das 14 às 18 horas	Segunda à sexta-feira das 08 às 17:30 horas	Segunda à domingo 24 horas

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Quadro 7: Caracterização do acompanhamento dos casos das PVHA pelos serviços de saúde das unidades prisionais, Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015.

Unidades Prisionais Variáveis	PA	PB	PC	PD	CDP-E*	CDP-F
Periodicidade de entrega da TARV às PVHA	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal	Diária	Mensal
Estratégias para avaliar a adesão dos pacientes à TARV	Sim	NÃO	SIM	SIM	Não	NÃO
Estratégias para acompanhar condições clínicas, laboratoriais e de saúde geral dos PVHA	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
Coleta TCD4+/ Carga Viral na UP	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Retorno das informações às equipes de saúde da UP acerca dos procedimentos e intervenções que foram realizadas no SAE.	Pelo Agente Penitenciário	Não retornam	Não retorna	Pelo Agente Penitenciário	Só volta receituário e resultados de exames	Não retornam
Recorrência de faltas das PVHA às consultas de rotina na SAE/UETDI	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

* Única unidade em que a dispensa da TARV ocorre diariamente.

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Quanto à assistência especializada em HIV/aids à PPL esta é realizada fora do sistema prisional, nos serviços de assistência especializada (SAE) em HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP ou na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Salienta-se que a retirada da TARV junto às unidades dispensadoras de medicamentos situadas no município de Ribeirão Preto é realizada pelo agente penitenciário de saúde e, posteriormente, são entregues aos detentos, cuja dinâmica e periodicidade de dispensação varia entre as UP.

Ainda, nos casos de urgência e emergência, a retaguarda assistencial é externa à UP, de modo que os detentos são encaminhados à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do distrito leste do município de Ribeirão Preto ou à UPA de Serrana. Destaca-se que tal deslocamento exige a disponibilidade de recursos adicionais, como viatura e escolta, policiais militares e agente penitenciário.

4.3 População do estudo

4.3.1 População de Referência

A população do estudo foi composta pelas pessoas que viviam com HIV/aids no sistema prisional.

4.3.2 População do Estudo

A população do estudo foi constituída por todas as pessoas privadas de liberdade que viviam com HIV/aids e faziam uso de TARV no sistema prisional da região de Ribeirão Preto.

4.3.3 Critérios de Inclusão

Indivíduos com diagnóstico de HIV ou aids em uso de Terapia Antirretroviral (TARV); em situação de privação de liberdade há mais de seis meses na unidade prisional.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados para as entrevistas contemplou 48 variáveis divididas em 06 seções: I- Dados sociodemográficos; II- Dados sobre a prática sexual; III- Dados clínicos e de acompanhamento dos casos, IV- Dados sobre o percurso no sistema prisional – V - Dados sobre a dimensão elenco de ações e serviços ofertados pelas unidades prisionais às pessoas que vivem com HIV/aids; e VI – Dados sobre a coordenação (integração) das ações e serviços de saúde para assistência às pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais. Além das seções citadas, o instrumento (ANEXO B) conta com um anexo, envolvendo variáveis sobre adesão à TARV. No presente estudo foram utilizadas para análise as variáveis das Seções I, III, IV e VI do instrumento de coleta de dados.

4.4.2 Variáveis selecionadas para este estudo

As variáveis utilizadas nesse estudo estão apresentadas no quadro 8. As categorias de respostas das variáveis selecionadas para responder ao objetivo específico I e II contemplavam escalas dicotômicas e múltipla escolha; para responder ao objetivo específico III a categoria de resposta das variáveis apresentavam escala Likert, com valor entre “um” e “cinco”, cuja resposta mais favorável correspondia ao valor mais alto.

Quadro 8: Variáveis selecionadas para o estudo conforme os objetivos.

OBJETIVOS	VARIÁVEIS
Objetivo I - Dados sociodemográfico	Sexo; Idade; Cor; Estado Civil, Escolaridade; Profissão; Município de Residência; Regime cumprimento pena; Atividade laboral.
Objetivo I - Dados clínicos e de acompanhamento dos casos	TCD4+; Carga Viral; Presença de outro problema de saúde; Tratamento medicamentoso além da TARV; Diagnóstico do HIV/aids no sistema prisional; Tempo de conhecimento do status sorológico; Acompanhamento médico; Tempo de acompanhamento médico para o HIV/aids; Pausa no acompanhamento médico. Drogas Lícitas/ilícitas
Objetivo II - Adesão a Terapia Antirretroviral	Algum medicamento fora do horário nos últimos sete dias; deixou de tomar algum medicamento nos últimos sete dias; tomou menos ou mais comprimidos do “coquetel” nos últimos sete dias; retirada da medicação no último ano.
Objetivo III - Ações desenvolvidas para o monitoramento do uso da Terapia Antirretroviral	Atraso na entrega da TARV; Questionamento regularidade do uso da TARV; Questionamento dos efeitos colaterais da TARV; Questionamento sobre dificuldade na tomada da TARV; Observam tomada da TARV; Pedem para mostrar frascos vazios do medicamento; Pedem pra explicar a forma que toma a TARV; Questionamento sobre a condição do local que guarda a TARV.

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Destaca-se que para o objetivo IV, todas as variáveis foram utilizadas.

4.5 Análise dos Dados

Os dados selecionados no banco de dados do projeto maior, foram armazenados e analisados utilizando o programa *Statística Statsoft* versão 13.0.

Para alcançar o primeiro e segundo objetivo específico, os dados foram analisados por meio de distribuição de frequência, medidas de tendência central e variabilidade. Vale ressaltar que a variável “retirada da medicação no último ano”, pertinente ao segundo objetivo específico, refere-se a dados provenientes do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), cuja organização e categorização ancorou-se na dispensação mensal da TARV registrada no sistema em questão com base nos 12 meses anteriores à data das entrevistas (realizadas período agosto a novembro de 2015), deste modo, quando a retirada era igual a 12 vezes, considerou-se *retirada total*; quando o número era inferior a 12 vezes, classificou-se como *retirada parcial*; considerou-se *nulo* quando não houve retirada no período relacionado ao ano anterior à realização da entrevista.

Quanto ao terceiro objetivo, foram criados indicadores para avaliar as ações desenvolvidas pelos profissionais do sistema prisional para o monitoramento do uso da terapia antirretroviral nas pessoas vivendo com HIV. O indicador correspondia ao valor médio de todas as respostas de cada variável, sendo classificado como insatisfatório (valores médios próximos de 1 e 2), regular (próximos de 3) e satisfatório (próximos de 4 e 5).

Para o alcance do quarto objetivo, inicialmente criaram-se dois grupos de análise relacionados à adesão a terapia antirretroviral, de tal modo que foram constituídos um grupo de adesão (quando todas as respostas do detento às três perguntas do objetivo II eram “não”) e outro de não adesão (quando pelo menos uma das respostas do detento às perguntas do objetivo II eram “não” ou “não sei/não lembro”).

Na sequência, optou-se pela aplicação da análise univariada (teste qui-quadrado ou exato de Fisher), por meio da qual se buscou testar a presença de associação entre as variáveis do perfil sociodemográfico, clínico, de acompanhamento dos casos e de monitoramento da regularidade do uso da TARV, com as variáveis de adesão ao tratamento. Importante ressaltar que as medidas de associação foram calculadas adotando-se um nível de significância de 5%.

4.6 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conforme protocolo nº 095/2017 (ANEXO C), pautando-se na utilização dos dados previamente coletados.

4.7 Limitações do estudo

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a utilização de dados provenientes de fontes secundárias de informação (banco de dados preexistente e sistemas de informação), assumindo-se, portanto, o viés de informação. Há que se reconhecer também a possibilidade de viés de memória, mesmo que indiretamente, pois algumas variáveis selecionadas do banco de dados preexistente são provenientes de entrevistas que foram realizadas com pessoas privadas de liberdade, o que, por sua vez, também reflete nas sucessivas aproximações do objeto de investigação considerando-se a percepção destes sujeitos, a qual é permeada por elementos subjetivos e refletem a satisfação com a assistência em saúde, em especial, em HIV, prestada no contexto do cárcere.

5 Resultados

Foram identificados 67 PVHIV privadas de liberdade em uso da TARV, as quais 43 (64,2%) não eram procedentes da região de Ribeirão Preto. Quanto ao Regime de Cumprimento de pena, 54 (80,6%) estavam na modalidade fechado e 5 (7,5%) em regime semiaberto, sendo que oito (11,9%) aguardavam julgamento. Sobre o tempo de permanência no sistema prisional, 26 (38,8%) relataram estar em clausura entre dois e cinco anos. Quanto ao tempo de permanência na atual unidade prisional, 26 (38,8%) possuíam de um a três anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência dos dados sobre o cumprimento da pena das pessoas que vivem com HIV/aids privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.

Dados sobre o cumprimento da pena		PVHA (N=67)	
		n	%
Regime de cumprimento de pena	Regime fechado	54	80,6
	Semi-aberto	5	7,5
	Aguardando julgamento	8	11,9
Tempo no Sistema Prisional	Menos 2 anos	20	29,9
	2 a 5 anos	26	38,8
	Mais 5 anos	21	31,3
Tempo na atual Unidade Prisional	Menos de 1 ano	20	29,9
	1 a 3 anos	26	38,8
	Mais 3 anos	21	31,3

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Quanto aos dados sociodemográficos, 53 (79,1%) entrevistados eram do sexo masculino; a idade média foi de 39,8 ($\pm 8,74$) anos, sendo que 35 (52,2%) pertenciam à faixa etária de 25 a 39 anos. Quanto à cor da pele, a maioria (64,2%) se autodeclarou não branca. Em relação ao estado civil, 32 (47,8%) eram solteiros e 23 (34,3%) casados/união estável. No que se refere à escolaridade, 45 (67,1%) entrevistados possuíam entre o fundamental I e II. Quanto à situação profissional antes do encarceramento, 59 (88,1%) possuíam profissão. Identificou-se que 23 sujeitos (34,3%) relataram exercer algum trabalho dentro do ambiente prisional. Em relação à renda, 34 (50,7%) entrevistados referiram renda mensal de um a três salários mínimo antes do encarceramento (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV/aids privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.

	Dados sociodemográficas	PVHA (N=67)	
		n	%
Sexo	Masculino	53	79,1
	Feminino	14	20,9
Idade	25 – 39 anos	35	52,2
	40 – 61 anos	32	47,8
Cor	Branco	24	35,8
	Não Branco	43	64,2
Estado Civil	Solteiro	32	47,8
	Casado / União Estável	23	34,3
	Separado / Divorciado/Viúvo	12	17,9
Escolaridade	Fundamental I	20	29,8
	Fundamental II	25	37,3
	Ensino Médio/Ensino Superior	17	25,4
	Sem Estudo	5	7,5
Profissão	Sim	59	88,1
	Não	8	11,9
Trabalha na penitenciária	Sim	23	34,3
	Não	44	65,7
Renda*	Até 01 SM	18	26,9
	01 – 03 SM	34	50,7
	03 – 05 SM	4	6,0
	05 SM ou mais	3	4,5
	Sem informação	8	11,9

Nota:* Valor de referência R\$ 788,00 salário mínimo de 2015

Legenda: PVHA – Pessoas que vivem com HIV/aids; SM – salário mínimo

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Quanto ao diagnóstico do HIV, 30 (44,8%) sujeitos referiram tê-lo realizado no próprio contexto prisional. Em relação ao tempo de conhecimento acerca da infecção pelo HIV, 32 (47,8%) relataram saber o status sorológico há 10 anos ou mais. No que se refere à realização de acompanhamento médico, 58 (86,6%) afirmaram fazê-lo sendo que 32 (47,8%) realizam por nove anos ou mais; 28 sujeitos (41,7%) referiram ter interrompido do seguimento médico em algum momento de suas vidas (Tabela 3).

Quanto aos últimos exames laboratoriais realizados, 21 (31,3%) casos apresentavam a contagem dos linfócitos T-CD4+ acima de 500 cópias e em 42 (62,7%) sujeitos a carga viral estava indetectável (Tabela 3).

Em relação a outros problemas de saúde, 47 (70,1%) sujeitos relataram a presença de algum outro agravo concomitante, de modo que 28 (41,7%) referiram utilizar outros medicamentos, além da TARV (Tabela 3).

Sobre o uso de drogas antes da prisão, 48 (71,6%) referiram o uso de drogas ilícitas e 54 (80%) drogas lícitas (álcool e tabaco) (Tabela 3).

No que tange ao atraso na entrega da TARV, 45 (70,3%) sujeitos afirmaram *nunca* ou *quase nunca* ocorrem atrasos. Quanto à perda de consulta com infectologista por problemas da penitenciária, 27 (42,2%) casos *nunca* ou *quase nunca* perderam. Em relação ao recebimento de informações sobre resultados de exames de TCD4+ e carga viral, 53 (79,1%) entrevistados *nunca* ou *quase nunca* receberam por parte da equipe de saúde das UP (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequência dos dados clínicos e de acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.

Dados Clínicos e de Acompanhamento		PVHA (N=67)		
		N	%	
Diagnóstico realizado no Sistema Prisional	Sim	30	44,8	
	Não	37	55,2	
Tempo de conhecimento da infecção HIV/aids	Até 5 anos	18	26,8	
	6 a 10 anos	17	25,4	
	10 ou mais	32	47,8	
Acompanhamento Médico	Sim	64	95,5	
	Não	3	4,5	
Tempo de acompanhamento médico	Não faz	9	13,4	
	Até 8 anos	26	38,8	
	9 anos ou mais	32	47,8	
Interrupção do Acompanhamento Médico	Sim	28	41,8	
	Não	38	56,7	
	Não respondeu	1	1,5	
T-CD4+	< 350 cópias	20	29,9	
	350-500 cópias	17	25,4	
	> 500 cópias	21	31,3	
	Sem informação	9	13,4	
Carga Viral	Indetectável	42	62,7	
	Detectável	20	29,8	
	Sem Informação	5	7,5	
Outros problemas de saúde	Sim	47	70,1	
	Não	20	29,9	
Outro Tratamento Medicamentoso	Sim	28	41,8	
	Não	39	58,2	
Uso de Drogas	Ilícita	Sim	48	71,6
		Não	19	28,6
	Lícita	Sim	54	80,6
		Não	13	19,4
Recebe os medicamentos com atraso*	Nunca/quase nunca	45	70,3	
	Às vezes	10	15,6	
	Sempre/quase sempre	9	14,1	
Perde a consulta com infectologia por problema do serviço*	Nunca/quase nunca	27	42,2	
	Às vezes	19	29,7	
	Sempre/quase sempre	18	28,1	
Recebe informação sobre os resultados de TCD4+ e carga viral	Nunca/quase nunca	53	79,1	
	Às vezes	2	3,0	
	Sempre/quase sempre	12	17,9	

*Considerado N=64 para o cálculo da frequência relativa, uma vez que foram excluídos dados inválidos.

Legenda: PVHA – pessoas que vivem com HIV/aids; CD4+ – contagem de linfócitos T-CD4+; CV – Carga viral
Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Quando questionados sobre a regularidade no uso da TARV nos últimos sete dias: a maioria dos casos relataram que às vezes: tomaram medicamentos fora do horário (76,1%); deixaram de tomar algum medicamento (80,6%); tomaram menos ou mais comprimidos da TARV (91%). Quanto à retirada da TARV junto às unidades dispensadoras de medicamento da rede local de saúde no último ano, para 39 sujeitos (58,2%) a retirada dos medicamentos foi regular (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da frequência da regularidade no uso da TARV das pessoas que vivem com aids privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.

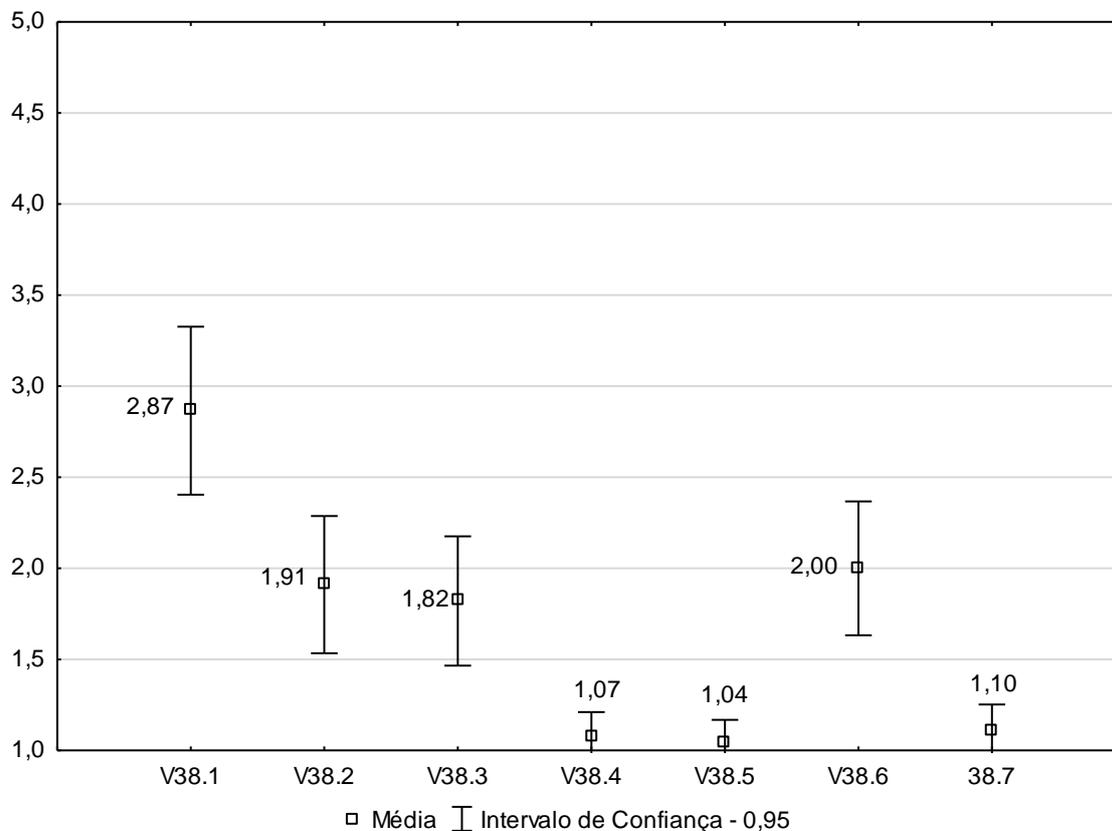
Regularidade no uso da Terapia Antirretroviral (TARV)		PVHA (N=67)	
		N	%
Tomou algum medicamento fora do horário nos últimos sete dias	Nunca/quase nunca	14	20,9
	Às vezes	51	76,1
	Sempre/quase sempre	2	3,0
Deixou de tomar algum medicamento nos últimos sete dias	Nunca/quase nunca	12	17,9
	Às vezes	54	80,6
	Sempre/quase sempre	1	1,5
Tomou menos ou mais comprimidos do TARV nos últimos sete dias	Nunca/quase nunca	4	6,0
	Às vezes	61	91,0
	Sempre/quase sempre	2	3,0
Retirada da medicação nos último ano*	Total	39	58,2
	Parcial	23	34,3
	Nula	4	6,0
	Sem Informação	1	1,5

Legenda: PVHA – pessoas que vivem com HIV/aids *Siclom

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Ao analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o monitoramento do uso da TARV, foi considerado regular apenas o questionamento sobre a *regularidade da tomada dos medicamentos*. As demais variáveis foram consideradas insatisfatórias (Figura 2).

Figura 5 - Distribuição das médias e intervalos de confiança das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das unidades prisionais para o monitoramento do uso da TARV em pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015.



Legenda: V38.1 – Questionamento quanto a regularidade do uso da terapia antirretroviral (TARV); V38.2 – Questionamento sobre efeitos colaterais durante o uso da TARV; V38.3 – Questionamento das dificuldades para tomar a TARV; V38.4 – Observação durante tomada da TARV; V38.5 – Solicitação das embalagens vazias da TARV; 38.6 – Questionamento da maneira como está tomando a TARV; 38.7 – Questionamento sobre as condições do local em que armazena a TARV na cela de convívio.

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Nas variáveis sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV nas UP da região de Ribeirão Preto, apenas o sexo feminino apresentou associação estaticamente significativa ($p=0,028$) com adesão à TARV (Tabela 5).

Tabela 5 - Características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto segundo adesão à terapia antirretroviral, 2015.

Dados sociodemográficos		Adesão n (%)	Não Adesão n (%)	P
Sexo	Masculino	33 (71,7)	20 (95,2)	0,024*
	Feminino	13 (28,3)	1 (4,8)	
Idade	25-39 anos	23 (50,0)	12 (57,1)	0,587 [#]
	40-61 anos	23 (50,0)	9 (42,9)	
Cor	Branco	19 (41,3)	5 (23,8)	0,166 [#]
	Não branco	27 (58,7)	16 (76,2)	
Estado Civil	Solteiro	19 (41,3)	13 (61,9)	0,184 [#]
	Casado/União Estável	19 (41,3)	4 (19,05)	
	Separado/Divorciado/Viúvo	8 (17,4)	4 (19,05)	
Escolaridade	Sem estudo	4 (8,7)	1 (4,8)	0,751 [#]
	Fundamental I	14 (30,4)	6 (28,6)	
	Fundamental II	18 (39,1)	7 (33,3)	
	Médio/Superior	10 (21,7)	7 (33,3)	
Trabalho UP	Sim	16 (34,8)	7 (33,3)	0,908 [#]
	Não	30 (65,2)	14 (66,7)	
Profissão	Sim	41 (89,1)	18 (85,7)	0,486*
	Não	5 (10,9)	3 (14,3)	
Renda	Até 01 SM	11 (26,8)	7 (38,6)	0,215 [#]
	01 a 03 SM	25 (61,0)	9 (50,0)	
	03 a 05 SM	4 (9,8)	-	
	05 ou mais	1 (2,4)	2 (11,1)	

Notas: [#]Valor de p para o teste Qui-quadrado; *Valor de p para o teste Exato de Fisher; Informação em negrito significa valor menor que 0,05.

Legenda: UP – unidade prisional; SM – salário mínimo.

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Quanto às variáveis clínicas e de acompanhamento, apenas o uso de drogas lícitas e a interrupção do acompanhamento médico apresentaram associação estatística significativa ($p=0,006$ e $0,014$, respectivamente) em relação a não adesão à TARV (Tabela 6).

Tabela 6 - Características clínicas e de acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto segundo adesão à terapia antirretroviral, 2015.

Dados Clínicos e de Acompanhamento		Adesão n (%)	Não Adesão n (%)	P
Diagnóstico no sistema prisional	Sim	19 (41,3)	11 (52,4)	0,398 [#]
	Não	27 (58,7)	10 (47,6)	
Tempo de infecção HIV/aids	Até 05 anos	12 (26,1)	6 (28,69)	0,498 [#]
	06 a 10 anos	10 (21,7)	7 (33,3)	
	11 anos ou mais	24 (52,2)	8 (38,1)	
Acompanhamento médico	Sim	41 (89,1)	17 (80,9)	0,292 [*]
	Não	5 (10,9)	4 (19,1)	
Tempo de acompanhamento médico	Não faz	5 (10,9)	4 (19,0)	0,485 [#]
	Até 8 anos	17 (37,0)	9 (48,9)	
	9 anos ou mais	24 (52,2)	8 (38,1)	
TCD4+	<350 cópias	11 (28,2)	9 (47,4)	0,202 [#]
	350-500 cópias	11 (28,2)	6 (31,6)	
	>500 cópias	17 (43,6)	4 (21,0)	
Carga Viral	Indetectável	27 (64,3)	15 (75,0)	0,399 [#]
	Detectável	15 (35,7)	5 (25,0)	
Outros problemas de saúde	Sim	32 (69,6)	15 (71,4)	0,877 [#]
	Não	14 (30,4)	6 (28,6)	
Uso drogas ilícitas	Sim	31 (67,4)	17 (80,9)	0,253 [#]
	Não	15 (32,6)	4 (19,1)	
Uso drogas lícitas	Sim	33 (71,7)	21 (100)	0,004[*]
	Não	13 (28,3)	-	
Outro tratamento medicamentoso	Sim	19 (41,3)	9 (42,9)	0,905 [#]
	Não	27 (58,7)	12 (57,1)	
Interrupção do acompanhamento médico	Sim	15 (32,6)	13 (65,0)	0,014[#]
	Não	31 (67,4)	7 (35,0)	
Recebe a TARV com atraso	Nunca/quase nunca	35 (77,8)	10 (52,6)	0,100 [#]
	Às vezes	6 (13,3)	4 (21,1)	
	Sempre/quase sempre	4 (8,9)	5 (26,3)	
Perde a consulta com infectologista por problema do serviço	Nunca/quase nunca	19 (42,2)	8 (42,1)	0,897 [#]
	Às vezes	14 (31,1)	5 (26,3)	
	Sempre/quase sempre	12 (26,7)	6 (31,6)	
Recebe informação sobre TCD4+ e Carga viral	Nunca/quase nunca	36 (78,3)	17 (80,9)	0,622 [#]
	Às vezes	2 (4,3)	-	
	Sempre/quase sempre	8 (17,4)	4 (19,1)	

Notas: #Valor de p para o teste Qui-quadrado; *Valor de p para o teste Exato de Fisher; Informação em negrito significa valor menor que 0,05.

Legenda: TARV – terapia antirretroviral; TCD4+ – contagem de Linfócitos T-CD4+

No que tange o monitoramento do uso da TARV nenhum das variáveis apresentaram associação estatística com adesão à mesma (Tabela 7).

Tabela 7 - Dados sobre monitoramento do uso da TARV das pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto segundo adesão à terapia antirretroviral, 2015.

Dados sobre o monitoramento do uso da TARV		Adesão n (%)	Não Adesão n (%)	P
Questionamento quanto a regularidade do uso da TARV	Nunca/quase nunca	20 (43,5)	10 (50,0)	0,099 [#]
	Às vezes	4 (8,7)	5 (25,0)	
	Sempre/quase sempre	22 (47,8)	5 (25,0)	
Questionamento sobre efeitos colaterais durante o uso da TARV	Nunca/quase nunca	30 (65,2)	16 (80,0)	0,358 [#]
	Às vezes	8 (17,4)	1 (5,0)	
	Sempre/quase sempre	8 (17,4)	3 (15,0)	
Questionamento das dificuldades para tomar a TARV	Nunca/quase nunca	31 (67,4)	16 (80,0)	0,390 [#]
	Às vezes	7 (15,2)	3 (15,0)	
	Sempre/quase sempre	8 (17,4)	1 (5,0)	
Observação durante tomada da TARV	Nunca/quase nunca	46 (100)	18 (90,0)	0,093 [#]
	Às vezes	-	1 (5,0)	
	Sempre/quase sempre	-	1 (5,0)	
Solicitação das embalagens vazias da TARV	Nunca/quase nunca	45 (97,8)	20 (100,0)	0,506 [#]
	Sempre/quase sempre	1 (2,2)	-	
Solicitação da maneira como está tomando a TARV	Nunca/quase nunca	27 (58,7)	15 (75,0)	0,077 [#]
	Às vezes	9 (19,6)	5 (25,0)	
	Sempre/quase sempre	10 (21,7)	-	
Questionamento sobre as condições do local em que armazena a TARV	Nunca/quase nunca	43 (93,5)	20 (100,0)	0,504 [#]
	Às vezes	2 (4,3)	-	
	Sempre/quase sempre	1 (2,2)	-	

Notas: [#]Valor de p para o teste Qui-quadrado.

Legenda: TARV – terapia antirretroviral

6 Discussão

O perfil sociodemográfico das pessoas vivendo com HIV/aids, em uso de TARV no sistema prisional constitui-se predominantemente por homens, adultos, em idade economicamente ativa, não brancos, solteiros, baixa escolaridade e baixa renda. Achados esses que se assemelham com os encontrados na literatura em países como EUA e Portugal (ALTHOFF, 2013; MARQUES et al., 2011).

Em relação ao sexo masculino, destaca-se a sua expressão no contexto prisional, uma vez que a média de homens presos em 2014 foi de 94,2% (BRASIL, 2015). Nesse sentido, considerando o predomínio dos homens no sistema prisional, compreende-se que haja coerência deste dado e o impacto da epidemia entre os homens, fato este que também acompanha a tendência do perfil da epidemia de aids no Brasil quando se considera a população geral. Dados nacionais de 2016 apontaram um aumento no número de casos em homens nos últimos dez anos e uma diminuição nos casos em mulheres a partir de 2009, quando se considera a população geral. Tal transição aponta que, no ano de 2015, a razão entre os sexos foi de 21 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres (BRASIL, 2016).

A suscetibilidade do homem à infecção pelo HIV e agudização da aids vem sendo discutida tanto na literatura nacional quanto na internacional. Gontijo et al. (2013) acreditam que idealização equivocada do homem como ser invulnerável à infecção pelo HIV tem influências no âmbito individual, social e programático. O que pode refletir no diagnóstico tardio, no aparecimento de doenças oportunistas e na adesão ao tratamento.

Em relação à faixa etária predominante neste estudo, ou seja, de 25 e 39 anos, esta representa uma população de adultos jovens, em idade economicamente ativa. Tal perfil também condiz com a tendência da aids no Brasil, que concentra maior número de casos nesse grupo etário para ambos os sexos (BRASIL, 2016). No que diz respeito ao perfil geral da população carcerária brasileira, 55,1% são jovens na faixa dos 18 a 25 anos (BRASIL, 2015). Para além do impacto econômico e social da clausura nesta faixa etária, há que se pensar também que são sujeitos sexualmente ativos, representando desafios na educação em saúde e promoção de práticas sexuais seguras.

Ainda em relação ao perfil dos sujeitos deste estudo, importante percentual referiu a condição de solteiros à abordagem do estado civil, representando 47,8%

dos entrevistados. Este achado reforça a necessidade de ênfase na educação em saúde, essencialmente no que diz respeito à adoção de comportamentos e práticas sexuais seguras, tanto para impor barreiras à transmissão do vírus, como também para minimizar a exposição dos sujeitos às outras IST e hepatites virais, além da possibilidade de reexposição/reinfecção vírus HIV, com potencial de agravar as condições de saúde destes sujeitos. Outro aspecto fundamental refere-se ao monitoramento da tomada da medicação e a evolução da carga viral dos indivíduos, uma vez níveis indetectáveis também promovem impacto na cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2013).

Estudo realizado em penitenciárias dos Estados Unidos com 867 participantes identificou que 67,4% dos sujeitos não possuíam relacionamento afetivo (ALTHOFF, 2013). Ainda em um estudo realizado em Portugal com 151 detentos, 57% eram solteiros (MARQUES et al., 2011).

Em relação ao grau de instrução das pessoas privadas de liberdade, houve predomínio de baixa escolaridade, uma vez que a maioria havia cursado o ensino fundamental I e II. Tais achados acompanham as notificações por aids no país, cuja concentração dos casos ocorre entre sujeitos que cursaram da 5ª a 8ª série de modo incompleto, ou seja, o ensino fundamental II (BRASIL, 2016). Ainda, tal achado se relaciona ao perfil das pessoas que são encarceradas no país, com predomínio do baixo grau de instrução (BRASIL, 2015).

Destaca-se que a literatura internacional reitera tais achados quanto à escolaridade no contexto do cárcere. Um estudo realizado em penitenciárias em Portugal revelou que 45,7% dos detentos haviam cursado o ensino fundamental (MARQUES et al., 2011). Já um estudo realizado nos Estados Unidos, 51,1% dos sujeitos não tinham concluído o ensino médio (ALTHOFF, 2013).

A baixa escolaridade é uma condição estrutural que, neste contexto, reforça os ciclos de pobreza, violência e vulnerabilidades sociais, em especial, com repercussões na saúde. Assim, sugere-se que medidas de ressocialização com enfoque na qualificação indivíduos apenados e medidas de indução à empregabilidade são alternativas em potencial a serem exploradas (FIGUEIREDO NETO et al., [201-?]). Em termos mais amplos, políticas públicas no âmbito social mais robustas, inclusivas e focalizadas poderiam gerar maiores oportunidades de educação, emprego e, por conseguinte, na melhoria da renda destes sujeitos,

impactando no cenário de desenvolvimento social. Atré-ladas a tais políticas sociais, reconhece-se a necessidade de articulação com as políticas de saúde que garantam a equidade do acesso e qualidade da assistência prestada aos sujeitos, valorizando-se o período que antecede a clausura, bem como o período a *posteriori*, quando os mesmos retornam à vida em sociedade. Destaca-se o potencial da saúde no enfrentamento das iniquidades sociais. Ademais, reflete-se sobre o potencial que estas ações sociais e de saúde de caráter focalizados podem influenciar, de forma positiva, na incidência, reincidência penal e também na epidemia HIV/aids nesta população, considerada como chave para o enfrentamento da doença dentre as políticas públicas nacionais e internacionais de saúde.

Ainda neste contexto, reforça-se a importância da adesão ao tratamento através de estratégias de monitoramento mais intensivas e inclusivas, diante uma abordagem facilitada que seja capaz de instrumentalizar os sujeitos para o autocuidado compartilhado e apoiado pela equipe. A formação de um ambiente terapêutico favorável ao manejo do HIV pode promover resultados de saúde satisfatórios a esses sujeitos que vivem com condições crônicas (BRASIL, 2008).

Por outro lado, trabalhar com certas medidas de ressocialização e adesão no contexto penitenciário requer a disponibilidade recursos humanos e qualificação dos mesmos. Nessa perspectiva, há que se reconhecer as limitações estruturais que circundam as UP, especialmente no que diz respeito à superlotação populacional, em descompasso com os recursos humanos disponíveis, cujas instituições, muitas vezes se deparam com equipes de saúde incompletas, gerando sobrecarga de trabalho, fragilizando, deste modo, o avanço em ações de saúde que permitam inovar no cuidado na assistência prestada.

Ampliando a compreensão dos desafios acima mencionados, destaca-se que quase todas as unidades prisionais deste estudo funcionavam extrapolando a capacidade estrutural, tanto em número de detentos custodiados, como de equipes de saúde atuantes. Apenas duas (PB e PC) possuíam equipe completa, porém com 1671 e 1922 detentos, respectivamente (extrapolando em 195,2% e 222,2% sua capacidade de custódia). Nas demais equipes, faltavam funcionários e havia rodízio entre profissionais e horários para oferecer retaguarda assistencial às UP.

Ainda em relação ao perfil dos sujeitos, encontrou-se predomínio da cor *não branca* (autorreferida), incluindo negros e pardos, também acompanhando o perfil da

população carcerária brasileira, onde 61,7% dos sujeitos são negros/pretos e pardos (BRASIL, 2015). Acompanham também as investigações realizadas em penitenciárias de Portugal e dos Estados Unidos (ALTHOFF, 2013; MARQUES et al., 2011). Quanto à epidemia na população geral, em 2015 foram registrados 43,1% de casos de aids em brancos; além disso, notou-se uma queda na proporção de casos em brancos e consequente aumento nos que se declaravam pardos (BRASIL, 2016).

No presente estudo, identificou-se que 34,3% dos participantes realizavam alguma atividade laboral, remunerada ou não remunerada no sistema prisional, o que impacta positivamente na redução penal, uma vez que lhe é assegurado, com base na Lei nº 12.433 de 29 de junho de 2011 (Art. 126) que aqueles que pertencem ao regime fechado ou semiaberto poderá obter redução de sua pena através de estudo ou trabalho, sendo que, para cada três dias de trabalho, diminui-se um dia da pena (BRASIL, 2011). Apesar dessa possibilidade concreta, no Brasil, apenas 20% do total dos apenados exercem alguma atividade laboral, o que aponta uma fragilidade nas ações que objetivam o processo de ressocialização, uma vez que essa atividade pode ser a primeira etapa deste processo.

Quanto ao diagnóstico do HIV/aids, 44,8% dos sujeitos deste estudo realizaram no próprio sistema prisional. A abordagem a testagem também é observada em outros países. Um estudo realizado na Estônia apontou que cerca de 1,8% dos testes de admissão resultou em um novo diagnóstico de HIV (KIVIMETS, UUSKÜLA, 2014). Nesse sentido, há que se destacar o sistema prisional como um importante ponto de atenção à saúde que, apesar de debilidades estruturais, tais como falta de recursos humanos e superlotação, ainda assim, possui importante desempenho enquanto porta de entrada do sistema de saúde, revelando-se como importante estratégia para acesso às ações e serviços de saúde em especial, para o HIV/aids.

Ainda, há que se pensar em estratégias de oferta de testagem e retestagem para o HIV e demais doenças transmissíveis no contexto prisional, com ênfase no planejamento de materiais e insumos necessários, disponibilidade e qualificação de recursos humanos, bem como a sensibilização dos sujeitos visando a ampliação do acesso às tecnologias diagnósticas e, conseqüentemente, terapêuticas diante dos casos novos identificados.

Até mesmo a fonte comum de comunicação interna, designada “pipa”, representada por um bilhete elaborado pelos detentos e entregue aos profissionais de saúde da UP se constitui em uma importante ferramenta, pois seu conteúdo, expresso em sinais e sintomas redigido pelos sujeitos, que solicitam atendimento de saúde podem induzir a suspeição em relação ao HIV e assim subsidiar a oferta de testagem, oportunizando, deste modo, o acesso ao diagnóstico do HIV e seu respectivo manejo. Contudo, para que tal suspeição ocorra, bem como o acesso às ações e serviços de saúde, é imprescindível a disponibilidade de recursos humanos suficientes e compatíveis com a demanda assistencial, bem como a qualificação por meio de educação permanente para identificação de casos sugestivos diante de sinais e sintomas condizentes com a infecção pelo vírus, resultando no rastreamento da própria demanda e oferta da testagem.

Apesar de 32 indivíduos entrevistados terem conhecimento do HIV/aids há mais de 10 anos, importante parcela dos sujeitos (26,8%) possuíam o diagnóstico recente (até 5 anos). Sabe-se que o início do tratamento é importante para o investimento de ações promotoras de adesão e autocuidado apoiado, no entanto, a singularidade de cada caso deve ser avaliada para a definição de estratégias para monitoramento clínico e terapêutico sistemático e contínuo. Além disso, urge a necessidade da criação de vínculo para o sucesso dessas estratégias, uma vez que esses sujeitos possuíam vulnerabilidades sociais previamente ao encarceramento.

Embora este estudo aponte que a maioria dos participantes referiu realizar acompanhamento médico, destaca-se que mais de um terço também afirmou já ter interrompido o tratamento para o HIV alguma vez na vida, aspecto relevante para a instabilidade da doença e respectiva agudização das condições clínicas e de saúde, além da manutenção da cadeia de transmissão do vírus. Na perspectiva da cascata do cuidado contínuo em HIV, incentivos são necessários para aumentar a retenção do cuidado e a adesão a TARV, fundamentais para atingir a supressão viral, a imunocompetência dos sujeitos e, deste modo, a imposição de barreiras à transmissão do agravo (BRASIL, 2016; UNAIDS, 2014b). Destaca-se que não foi possível identificar se a interrupção aconteceu no âmbito prisional e se as causas se relacionaram com o contexto prisional, falta de acesso aos serviços de saúde e/ou a aspectos individuais dos participantes.

Quando analisados os marcadores biológicos por meio dos resultados dos exames de linfócitos T CD4+, 20 (29,9%) entrevistados possuíam contagem inferior a 350 cópias e 20 (29,8%) estavam com a carga viral detectável. Tais achados são preocupantes do ponto de vista da gestão do cuidado tanto individual, como coletivo. Considerando que o tratamento ARV objetiva aumentar as células T-CD4+ e diminuir a carga viral a níveis indetectáveis, acredita-se que para tal percentual de sujeitos o manejo clínico terapêutico apresenta fragilidades, pressupondo não adesão à tomada dos medicamentos ou até mesmo falhas e resistências virais em função de terapêuticas inadequadas. Esta situação sinaliza a instabilidade clínica da doença, tornando os sujeitos vulneráveis a doenças oportunistas, podendo resultar em desfechos desfavoráveis como a internação hospitalar e óbito. A instabilidade clínica identificada impõem desafios para a organização da assistência visando estratégias singulares de acompanhamento dos casos, tornando, deste modo, o cuidado cada vez mais complexo. O reestabelecimento das condições de saúde torna-se um desafio no manejo da doença.

A agudização dos casos pode resultar na demanda a outros serviços de saúde externos ao cárcere, exigindo, deste modo, mobilização de recursos adicionais como viatura e escolta, tornando tais intervenções complexas, onerosas e permeadas pela periculosidade (resgates de detentos).

Do ponto de vista da gestão do cuidado coletivo, a presença de sujeitos com carga viral detectável pressupõe a intensificação de orientações e oferta de insumos pelo potencial de transmissão do vírus, seja no âmbito prisional (relações homoafetivas “veladas”, tatuagens, etc.), bem como para o contexto externo (relações sexuais nas visitas íntimas). Diante deste contexto, verifica-se quão complexo se torna o manejo do HIV enquanto uma condição crônica no cárcere, sobretudo, neste cenário permeado por fragilidades estruturais em termos de recursos humanos.

Em relação à presença de comorbidades crônicas, as mesmas aumentam a complexidade do cuidado, neste estudo, a maioria dos entrevistados afirmou possuir algum outro problema de saúde (70,1%), bem como a realização de outros tratamentos medicamentos além da TARV (41,8%). Tais achados reforçam a necessidade de integração de informações terapêuticas e a intensificação da sensibilização e preparo das PVHA para a condução de tratamentos simultâneos.

Levando-se em consideração o grau de instrução dos sujeitos do estudo e a sobreposição de condições crônicas, há que se estabelecer estratégias singulares de acompanhamento dos casos para o suporte terapêutico e estímulo à adesão. Pensar em uma adequada gestão do cuidado envolve dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e social (MENDES, 2011).

Quanto ao uso de drogas, uma importante parcela dos participantes possuía história de uso antes do cárcere, sejam elas lícitas e ilícitas, que têm estreita relação com a infecção pelo HIV e encarceramento (CHITSAZ et al. 2013; LINCOLN et al, 2015; ALTICE et al, 2010; RIVERA-RIVERA et al, 2016). Além disso, os transtornos por uso de substâncias e os transtornos mentais acarretam maior vulnerabilidade às PVHIV para desfechos desfavoráveis no tratamento, caracterizada pela ausência de retenção no cuidado à saúde, baixa adesão à TARV e ausência da supressão viral. Estudos internacionais identificam que uso de drogas nas PVHIV associa-se com a diminuição do acesso aos serviços de saúde, ao início tardio da TARV e adesão em comparação com a população sem história de dependência química (CHITSAZ et al, 2013; ALTICE et al, 2010).

Quanto à permeabilidade e exposição ao mundo das drogas ilícitas, além do uso e abuso de tais substâncias, importante destacar também que, no país, a principal causa de aprisionamento advém do tráfico de drogas (BRASIL, 2015). Reflete-se sobre as vulnerabilidades sociais presentes e que circundam o complexo círculo de uso, abuso e rentabilidade atrativa da comercialização das drogas.

No que tange o recebimento da TARV com atraso, 45 indivíduos (70,3%) afirmaram que nunca ou quase nunca acessaram os medicamentos com atraso. Contudo, 14,1 % relataram sempre ou quase receberem a TARV com atraso. Dados como esse podem revelar a dificuldade de organização da equipe de saúde do sistema prisional em controlar a terapêutica medicamentosa desses sujeitos e viabilizar esses medicamentos em tempo hábil. E, além disso, retomando-se a complexa questão e dependência da disponibilidade de recursos adicionais, como transporte, uma vez que a dispensação da TARV é realizada pelas unidades dispensadora de medicamentos da rede pública local, sendo a TARV entregue a um agente penitenciário.

Ainda em relação ao percentual de sujeitos que referiram atraso (14,1%) importante destacar que para a obtenção de uma resposta terapêutica adequada é

necessária a ingestão de 80% das doses. Além disso, a falha terapêutica reflete na má adesão ao tratamento, podendo levar a agudização da doença (BRASIL, 2013a).

Outro questionamento do estudo é em relação a perda da consulta com o infectologista, onde 27 (42,2%) relataram nunca ou quase nunca terem perdido, enquanto 18 (28,1%) participantes afirmaram sempre ou quase sempre tal ocorrência. Novamente, depara-se com fragilidades na disponibilidade de recursos que viabilizem o acompanhamento dos casos e o efetivo acesso às ações e serviços de saúde para o controle da doença.

Quanto à oferta recebimento de informações sobre os resultados dos exames de TCD4+ e carga viral pelos profissionais de saúde da UP aos detentos, 79,1 % dos sujeitos referiram que nunca ou quase nunca são informados. Tal aspecto reflete uma importante falha na comunicação entre os profissionais dos SAE e as equipes das UP, uma vez que raramente essas informações clínicas e laboratoriais são encaminhadas/compartilhadas entre as equipes de saúde. Essa fragilidade impossibilita a continuidade do cuidado por parte da equipe de saúde do sistema de prisional, que fragmentando, deste modo, a assistência prestada. Para Mendes (2015), a gestão do cuidado em saúde deve valorizar, identificar, registrar e compartilhar informações que versam sobre as condições de saúde dos indivíduos, com o intuito de possibilitar a coordenação e continuidade do cuidado prestado (MENDES, 2015).

Ao analisar a regularidade do uso da TARV, foram utilizadas quatro variáveis, sendo que a primeira diz respeito à *“tomada de medicamentos fora do horário nos últimos sete dias”*, sendo que 79,1% dos participantes afirmaram que *“às vezes”* e *“sempre ou quase sempre”* procederam dessa forma. Já a variável que aborda a não ingestão medicamentosa nos últimos sete dias, 82,1% dos sujeitos relataram que *“às vezes”* e *“sempre ou quase sempre”* agiram assim. Importante percentual de sujeitos (94,0%) referiu ingestão medicamentosa diferente da dose prescrita (mais ou menos comprimidos) nos últimos sete dias. Esses dados reforçam a necessidade premente de definição de estratégias de intervenção para acompanhamento e monitoramento terapêutico, principalmente pela existência de casos com comprometimento imunológico e carga viral detectável. Segundo Medeiros (2016) o modo e a quantidade de medicamentos tomados pelo usuário pode ser desfavorável à continuidade no tratamento medicamentoso (MEDEIROS, 2016).

Outra peculiaridade deste estudo é que, dentre as unidades prisionais, uma dispensava diariamente a TARV, a qual ficava armazenada sob a responsabilidade da equipe de saúde. Nas demais UP, a medicação ARV é entregue mensalmente, na sua totalidade, para os detentos, contudo, aspectos relacionados, não apenas à regularidade na tomada da medicação merecem reflexão, mas também as condições de acondicionamento dos fármacos nas celas, considerando-se a superlotação das mesmas, além de fragilizar a própria manutenção do sigilo quanto ao diagnóstico da doença. Destaca-se que quatro UP referiram utilizar estratégias para avaliar as condições de adesão à TARV (PA, PC, PD), porém não foram identificadas quais intervenções são realizadas.

A entrega diária dos medicamentos ARV pode, por um lado, expor a condição de saúde diante dos demais detentos, fragilizando o sigilo, contudo, por outro lado, favorecer a adesão terapêutica, pela oportunidade e exposição contínua entre equipe de saúde e PPL, por aproximar e monitorar o indivíduo continuamente (SABER-TEHRANI et al., 2012; SABERI et al., 2012).

Em relação à regularidade no processo de retirada da TARV no último ano, procedimento este que reflete a articulação entre equipes da UP e do SAE, identificou-se que a retirada total (80% da retirada) ocorreu para 58,2% dos sujeitos em tratamento. Tal retirada é realizada pelo agente penitenciário de saúde, cuja periodicidade depende da condição de saúde de cada doente, podendo ser, mensal, bimestral ou trimestral. Vale destacar que, a retirada regular dos medicamentos ARV e entrega às PPL não garante a efetiva tomada das medicações. Reitera-se que a retirada regular também depende da disponibilidade de recursos materiais e humanos, uma vez que ocorrem nas farmácias que são cadastradas como unidades dispensadoras de medicamentos ARV, no caso deste estudo, situadas nos SAEs e na UETDI do HCFMRP.

Quanto às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das UP para o monitoramento do uso da TARV foi considerada regular o *questionamento sobre a ingestão contínua dos medicamentos ARV*. As demais ações (*questionamento sobre efeitos colaterais durante o uso da TARV; questionamento das dificuldades para tomar a TARV; observação durante tomada da TARV; solicitação das embalagens vazias da TARV; questionamento da maneira como está tomando a TARV; questionamento sobre as condições do local em que se armazena a TARV na cela*

de convívio) foram consideradas insatisfatórias. Tais achados permitem reflexões acerca das fragilidades na integralidade e continuidade ao cuidado em saúde. Há que se pensar nos desafios pertinentes à superlotação das UP, nas demandas de saúde dos detentos e o descompasso em relação às equipes de saúde que, em sua maioria, são incompletas e não atendem 24h, resultando em sobrecarga de trabalho e na dificuldade em organizar o processo de trabalho na perspectiva de atender as múltiplas e complexas necessidades de saúde no âmbito carcerário.

Dentre as variáveis sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, apenas o sexo feminino apresentou associação estaticamente significativa ($p=0,028$) com adesão à TARV (Tabela 4). Essa diferença de gênero reflete uma maior cobertura e adesão à terapêutica medicamentosa por parte das mulheres. Fato esse que se afirma com a redução da mortalidade relacionada a aids, cerca de 33% em 2010, quando comparada aos homens (15%). Além da tendência de queda no agravo entre mulheres, que apresentou uma redução de 19,6% de 2006 para 2015. (RELATÓRIO GLOBAL AIDS, 2016).

Outro aspecto diz respeito a questão de gênero no cuidado a saúde, que vê historicamente a mulher como sendo mais zelosa em relação à saúde que o homem. Estudos discorrem que o cuidado com o homem está mais relacionado com a forma física do que com a saúde e só buscam por atendimento quando os recursos caseiros foram ineficazes, podendo resultar no agravamento das condições de saúde. Para além disso, a dificuldade de se ausentar do trabalho e a incompatibilidade com os horários de funcionamento do serviço de saúde são impeditivos para acesso do homem (TONELI; SOUZA; MULLER, 2010; ALVES et al., 2011).

No que envolve a associação entre drogas lícitas e não adesão a TARV ($p=0,006$), vale salientar que o uso de drogas questionadas referem-se ao período que antecede o encarceramento. No entanto, a literatura aponta, na população geral, a presença de fatores que influenciam a baixa adesão, tais como ocorrência de efeitos colaterais, complexidade na terapêutica medicamentosa, falta de apoio social e uso de álcool e outras drogas (REGO; REGO, 2010; REGO et al., 2011; PADOIN et al., 2013). O uso do álcool, por exemplo, tem sido estudado como fator relacionado à piora na adesão e no estado clínico, além de favorecer o abuso de

outras drogas. Rego e Rego (2010) realizou uma revisão da literatura que objetivou avaliar os fatores relacionados ao álcool e a baixa adesão a TARV, onde 85% dos achados mostraram haver associação significativa entre as variáveis (REGO; REGO, 2010).

Em relação a interrupção do acompanhamento médico apresentar associação estatística ($p=0,014$) em relação a não adesão a TARV, necessita-se compreender os motivos que levam à interrupção do seguimento clínico e assim contribuir para o desenvolvimento de estratégias de adesão e acompanhamento dos casos. Neste contexto há que se fortalecer o vínculo entre os profissionais envolvidos no cuidado, de modo a estimular o acompanhamento e monitoramento clínico e medicamentoso e conseqüentemente, a adesão terapêutica (ROMEU et al., 2012). De acordo com Romeu et al. (2012), a figura do médico e o bom relacionamento com o mesmo também se constituiu em um elemento que favoreceu, uma vez que esse profissional encoraja o indivíduo a permanecer em tratamento.

O abandono ao seguimento e tratamento medicamentoso perpassa questões encontradas na literatura, sendo necessárias medidas que disponibilizem recursos humanos qualificados que orientem e envolvam o usuário no cuidado, fazendo-os perceber a importância do acompanhamento clínico terapêutico para a manutenção das condições de saúde. Para além disso, a responsabilidade do cuidado deve ser compartilhada entre profissional e paciente, sendo um processo colaborativo e que objetiva promover o autocuidado (BRASIL, 2008).

Lidar com condições crônicas como o HIV/aids, principalmente no contexto prisional, requer a organização de estratégias operacionais, como a estratificação de risco para o oferecimento de um cuidado adequado, de suporte profissional qualificado e em número suficiente. A estratificação de risco discrimina positivamente os pacientes em acompanhamento, colaborando para a identificação das necessidades individuais de cada sujeito, ofertando atenção personalizada e otimizando o cuidado e o uso dos serviços de saúde, com isso almeja-se, não apenas potencializar a regularidade da utilização da TARV, mas fomentar a continuidade do cuidado e o fortalecimento do manejo clínico, por meio de serviços proativos, integrados e resolutivos (MENDES, 2011, 2012).

7 Conclusões

O presente estudo partiu do questionamento acerca dos desafios que perpassam a regularidade no uso da TARV pelas pessoas que vivem com HIV/aids no contexto carcerário. Fundamentou-se, conceitualmente, na compreensão do HIV/aids enquanto uma condição crônica, bem como na concepção das Unidades Prisionais enquanto pontos de atenção que integram a rede de saúde, com o propósito de assumir as funções e avançar na viabilização dos atributos pertinentes à atenção primária à saúde.

Em relação aos sujeitos que fizeram parte desta pesquisa, foram identificadas 67 pessoas vivendo com HIV que estavam em uso da TARV no sistema prisional. Quanto ao regime de cumprimento da pena, houve predomínio da modalidade fechada. Tais sujeitos, em sua maioria, eram homens em idade economicamente ativa, não brancos, solteiros, baixa escolaridade, com alguma fonte de renda antes do encarceramento e histórico de uso de drogas lícitas e ilícitas.

Quanto às características clínicas e de acompanhamento do HIV/aids no contexto carcerário, importante parcela dos sujeitos teve acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV em unidades prisionais; a maioria possuía conhecimento sobre o status sorológico há 10 anos ou mais; realizavam seguimento em serviços de assistência especializada em HIV e, em algum momento de suas vidas, houve a interrupção do acompanhamento clínico terapêutico. Apesar de a maioria possuir carga viral indetectável, identificou-se importante percentual de indivíduos com linfócitos T-CD4+ abaixo de 500 células, ou seja, com algum comprometimento imunológico. Identificou-se a presença de outros agravos e outros tratamentos concomitantes à TARV. O uso de drogas lícitas e ilícitas foi expressivo no período que antecedeu o encarceramento.

A maioria dos sujeitos informou regularidade na entrega dos medicamentos antirretrovirais, contudo, a perda de consultas com especialista nos serviços de referência em HIV/aids é frequente em decorrência da falta de recursos materiais e humanos (viatura e escolta). Identificou-se fragilidade na divulgação de informações acerca dos resultados de exames por parte das equipes das unidades prisionais às pessoas em TARV, possivelmente refletindo lacunas existentes no processo de comunicação e compartilhamento de informações com o serviço especializado.

Quanto à regularidade na ingestão dos medicamentos antirretrovirais, a maioria dos indivíduos referiu comportamentos e práticas condizentes com

dificuldades na adesão terapêutica, em função de alterações, por conta própria, dos horários de tomada dos medicamentos e também das doses ingeridas (quantitativo de comprimidos), além de esquecimento ou não tomada intencional de doses da TARV.

Foi possível identificar, na etapa de associação de variáveis, que a adesão esteve relacionada com o sexo feminino; a não adesão ao uso de drogas lícitas, bem como a interrupção do tratamento em algum momento da vida dos indivíduos.

Quanto às ações desempenhadas pelas equipes das UP para o monitoramento do uso da TARV, apenas o questionamento sobre a ingestão contínua dos medicamentos ARV obteve classificação regular, sendo que as demais ações foram consideradas insatisfatórias (questionamento sobre efeitos colaterais, maneira como estão tomando e local de acondicionamento da TARV, dificuldades na tomada dos medicamentos).

Diante dos achados deste estudo, o delineamento do perfil sociodemográfico, clínico e de acompanhamento das condições de saúde das pessoas privadas de liberdade que viviam com HIV/aids permitiu reflexões acerca da complexidade que envolve o manejo do HIV/aids enquanto uma condição crônica no contexto carcerário, o qual é marcado por debilidades na estrutura e disponibilidade de recursos materiais e humanos.

Para além das dimensões biológicas e clínicas relacionados ao agravo, há que se reconhecer o impacto e transcendência das dimensões sociais no processo de exposição à infecção pelo HIV e ao adoecimento, as quais refletem as iniquidades sociais e possuem interface com a manutenção de ciclos de pobreza e criminalidade. Partir de tais vulnerabilidades sociais e suas interfaces com as condições de vida e de saúde dos sujeitos podem instrumentalizar o desenvolvimento, implementação e avaliação de estratégias de intervenção condizentes com as necessidades de saúde, avançando, nesse sentido, na proposta de uma assistência integral e resolutiva.

Ao se delinear o perfil dos sujeitos, identificar desafios que envolvem o monitoramento e estímulo à regularidade no uso da TARV e a adesão terapêutica e, em contrapartida, conhecer fragilidades na estrutura, disponibilidade de recursos e organização do processo de trabalho das UP que limitam a oferta de ações e

serviços de saúde no contexto carcerário permitiram vislumbrar o descompasso assistencial existente, tornando complexo o manejo do HIV/aids.

Tais resultados apontam a necessidade de desenvolvimento e incorporação de estratégias de intervenção capazes de otimizar a utilização dos poucos recursos existentes de modo a potencializar o processo de produção do cuidado em saúde. A estratificação de risco, nesse contexto, poderia subsidiar a identificação de necessidades e prioridades assistenciais, permitindo, deste modo, a implementação de ações focalizadas e singulares para sujeitos ou grupos de indivíduos mais vulneráveis do ponto de vista clínico e também social.

Apesar das fragilidades estruturais e organizacionais que desafiam a organização do cuidado em saúde no contexto carcerário, foi possível vislumbrar que as UP se constituem como importantes pontos de atenção no conjunto da rede de saúde, pois desempenham o papel de porta de entrada para o sistema, uma vez que oportunizaram o acesso ao diagnóstico do HIV em considerável parcela de detentos e também se empenham na garantia de continuidade do cuidado ofertado nos serviços de assistência especializada.

Há que se salientar o potencial das equipes de saúde das UP na condução de ações voltadas ao monitoramento clínico dos casos, desenvolvendo ações na lógica da cascata do cuidado, apoiando e incentivando os sujeitos para a retenção do cuidado, com enfoque na melhora clínica e supressão viral. Investir em ações promotoras de adesão e autocuidado apoiado implica no fortalecimento de vínculo para o sucesso dessas estratégias. Contudo, para o empreendimento destas ações e desempenho de um papel proativo voltado ao manejo do HIV/aids, minimamente, há que se investir na manutenção de equipes de saúde completas e a disponibilidade de insumos essenciais, exigindo, nesse sentido, a atenção de formuladores de políticas públicas, bem como de gestores de saúde e do sistema prisional.

Referências

ALTHOFF, A.L. et al. Correlates of retention in HIV care after release from jail: results from a multi-site study. **AIDS and Behavior**, v. 17, n. 2, p. 156-170, 2013.

ALTICE, F.L. et al. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. **The Lancet**, v. 376, n. 9738, p. 367-387, 2010.

ALVES, R.F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2017.

AVERY, A.K. et al. Jails as an opportunity to increase engagement in HIV care: findings from an observational cross-sectional study. **AIDS and Behavior**, v. 17, n. 2, p. 137-144, 2013.

AZBEL, L. et al. Burden of infectious diseases, substance use disorders, and mental illness among Ukrainian prisoners transitioning to the community. **PLoS One**, v. 8, n. 3, 2013.

BARRETO, M.L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades. **Lancet**, supl 3, 2011.

BINGHAM, J.T. Federal Bureau of Prisons HIV consultant pharmacist monitoring and advisory program. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 52, n. 6, p. 798-801, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/aids 2016**. Brasília, v. 48, n. 1, 2017a. Disponível: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/05/2016_034-Aids_publicacao.pdf>. Acesso: 12 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Hiv/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Brasília, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/aids**. Brasília, 2016. 27^a a 53^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2015 01^a a 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/aids**. Brasília, 2014a. 27^a à 52^a semanas epidemiológicas – Julho a Dezembro de 2013 e 1^a à 26^a semanas epidemiológicas – Janeiro à Junho de 2014.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen**. 2015. Disponível em: <

<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf> >. Acesso em: 15 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília, DF: SAS, 2014b. 93 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/Aids**. 2013. Ano II, n1.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico DST e aids**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 8, n. 1, 1/26 sem. epidemiol. jan./jun. 2011.

_____. Lei no 11.942, de 28 de maio de 2009. **Altera a Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984- Lei de Execução Penal**. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11942.htm#art1>. Acesso em: 06 mai. 2016.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional, **Mulheres encarceradas – Diagnóstico Nacional**. Departamento de Penitenciária Nacional, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_reorganizacao_prisional_feminino.pdf>. Acesso em: 15/07/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília v.4 60p. 2006.

_____. **Lei de Execução Penal**. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso: 06 mai. 2016.

CAVALCANTI, A.M; OLIVEIRA, A.C.L. **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

CHEN, N.E. et al. Adherence to HIV treatment and care among previously homeless jail detainees. **AIDS and Behavior**, v.17, n.8, p.2654-2666, 2013.

CHITSAZ, E. et al. Contribution of substance use disorders on HIV treatment outcomes and antiretroviral medication adherence among HIV-infected persons entering jail. **AIDS and Behavior**, v. 17, n. 2, p. 118-127, 2013.

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

CULBERT, G.J. Violence and the perceived risks of taking antiretroviral therapy in US jails and prisons. **International journal of prisoner health**, v. 10, n. 2, p. 94-110, 2014.

CULBERT, G.J. et al. The influence of medication attitudes on utilization of antiretroviral therapy (ART) in Indonesian prisons. **AIDS and Behavior**, v. 20, n. 5, p. 1026-1038, 2016.

FERREIRA, N.S.A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, n. 79, Agosto, 2002.

FIGUEIREDO NETO, M.V. et al. **A ressocialização do preso na realidade brasileira: perspectivas para as políticas públicas**. [201] Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6301> Acesso em: 15 ago. 2017.

FIUZA, M. L, T et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 740-748, 2013. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=912>. Acesso em: 01 ago. 2017.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 590-597, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2017.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. V12, n. 3, p. 549-56. maio-junho, 2004.

GIANNA, M.C; et al. **Políticas Públicas e Prevenção das DST/AIDS: Ontem, Hoje e Amanhã**, In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. (Coord). Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde: da doença à cidadania – Livro I. Curitiba: Editora Juruá p. 43-70, 2012.

GONTIJO, D.T. et al. “Deixo ela no canto e vou tocar minha vida”: significados de viver com hiv para homens com adesão irregular à terapia antirretroviral. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v. 26, n 4, p. 480-488, 2013.

HENOSTROZA, G. et al. The high burden of tuberculosis (TB) and human immunodeficiency virus (HIV) in a large Zambian prison: a public health alert. **Plos One**, v. 8, n. 8, 2013.

LINCOLN, T. et al. Prevalence and Predictors of Mental/Emotional Distress Among HIV+ Jail Detainees at Enrollment in an Observational Study. **Journal of Correctional Health Care**, v. 21, n. 2, p. 125-139, 2015.

MEDEIROS, L.B. **Fatores influentes no abandono do acompanhamento clínico ambulatorial por pessoas vivendo com HIV/Aids**. 2016. 126f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

_____, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p. 2012.

_____, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. 2ed.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MEYER, J.P. et al. Optimization of human immunodeficiency virus treatment during incarceration: viral suppression at the prison gate. **JAMA internal medicine**, v. 174, n. 5, p. 721-729, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção pelo HIV: resumo das principais características e recomendações**. Genebra, 2013.

PADOIN, S.M.M. et al. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.3, 2013.

PAPARIZOS, V. et al. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners. **Le infezioni in medicina: rivista periodica di eziologia, epidemiologia, diagnostica, clinica e terapia delle patologie infettive**, v. 21, n. 3, p. 189-193, 2013.

PETERSON, J. et al. Technology use in linking criminal justice reentrants to HIV care in the community: a qualitative formative research study. **Journal of health communication**, v. 20, n. 3, p. 245-251, 2015.

POLEJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, 2010.

PORTER, M. – **Population care and chronic conditions: management at Kaiser Permanente**. Oakland, Kaiser Permanente, 2007.

PRELLWITZ, I.M. et al. HIV behind Bars: Human Immunodeficiency Virus Cluster Analysis and Drug Resistance in a Reference Correctional Unit from Southern Brazil. **PloS One**, v. 8, n. 7, 2013.

REGO, S.R.M; REGO, D.M.S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 1, p. 70-73, 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2017.

REGO, S.R.M. et al. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 46-49, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2017.

ROMEU, G.A. et al. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. **Rev. Bras. Farm Hosp Serv Saúde**. São Paulo: v.3, n.1, p. 37-41, 2012. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/201205030108BR.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007.

SABERI, P. et al. Directly observed versus self-administered antiretroviral therapies: preference of HIV-positive jailed inmates in San Francisco. **Journal of Urban Health**, v. 89, n. 5, p. 794-801, 2012.

SABER-TEHRANI, A.S. et al. Rationale, study design and sample characteristics of a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected prisoners transitioning to the community—a potential conduit to improved HIV treatment outcomes. **Contemporary clinical trials**, v. 33, n. 2, p. 436-444, 2012.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica**. Rev. Bras. Fisioter., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

SHALIHU, N. et al. Namibian prisoners describe barriers to HIV antiretroviral therapy adherence. **AIDS care**, v. 26, n. 8, p. 968-975, 2014.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA/ SP. **Unidades Prisionais do Estado de São Paulo. 2017**. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/uniprisionais/pen.html>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

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**, v. 18, n.28, p. 20524, 2013.

SINGH, D.; HAM, C. – **Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks**. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006.

SOUZA, T.R.C. **Impacto Psicossocial da aids: enfrentando perdas... ressignificando a vida**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/aids, 2008, 90p.

TONELI, M.J.F.; SOUZA, M.G.C.; MULLER, R.C.F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-994, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago 2017.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Unaid Data 2017**. 2017. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_data-book_en.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2017.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **The gap report: Beginning of the end of the AIDS endemic**. Genebra, 2014a.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Treatment 2015**. 2015.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic**. 2014b.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes. **Guia sobre gênero HIV, AIDS, coinfeções no sistema prisional**. 2012. Disponível em: Acesso em: 04 de out. 2012.

UNODC. **Consulta global do UNODC para prevenção e tratamento para o HIV/Aids, atenção e suporte às pessoas vivendo com HIV/Aids em sistemas prisionais**, Viena 16-17 out, 2014.

WALLACE, Paul J. Physician involvement in disease management as part of the CCM. **Health care financing review**, v. 27, n. 1, p. 19, 2005.

ZIGLAM, H. et al. Prevalence of antibodies to human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C in prisoners in Libya. **Libyan Journal of Medicine**, v. 7, 2012.

ANEXOS

ANEXO A – Caracterização das Unidades Prisionais

Identificação		
Unidade prisional:		
Endereço:		
CEP:	Bairro:	Município:
UF:	CNES:	
Capacidade geral:	Ocupação atual:	

	Ambiente	Presença	Observações
1.	Consultório médico	<input type="checkbox"/> Sim nº _____ <input type="checkbox"/> Não	
2.	Consultório odontológico	<input type="checkbox"/> Sim nº _____ <input type="checkbox"/> Não	
3.	Consultório multiprofissional	<input type="checkbox"/> Sim nº _____ <input type="checkbox"/> Não	
4.	Sala de coleta de material	<input type="checkbox"/> Sim nº _____ <input type="checkbox"/> Não	
5.	Sala de curativo/sutura com bancada e pia de lavagem	<input type="checkbox"/> Sim nº _____ <input type="checkbox"/> Não	
6.	Celas de observação	<input type="checkbox"/> Sim nº _____ <input type="checkbox"/> Não	
7.	Cela de espera	<input type="checkbox"/> Sim nº _____ <input type="checkbox"/> Não	
8.	Cela (suíte – visita íntima)	<input type="checkbox"/> Sim nº _____ <input type="checkbox"/> Não	
	Rotinas de trabalho	Presença	Observações
9.	Acolhimento e estímulo à testagem anti-HIV, Hepatites e Sífilis.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
10.	Atividades de planejamento familiar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
11.	Atividades de educação em saúde para redução do consumo de cigarro, álcool e outras drogas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?
12.	Dispensação de preservativo (masculino e feminino)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, descrever as condições de acesso.
13.	Dispensação de gel lubrificante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, descrever as condições de acesso.

14.	Atualização dos profissionais da saúde para atender e realizar o aconselhamento nos últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se não, quando foi a última?	
15.	Acolhimento à demanda espontânea das PVHA.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Principais motivos?	
16.	Atividades de educação em saúde para incentivo ao uso do preservativo para prevenção de outras DST's e também a reinfecção viral HIV.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?	
17.	Como ocorre a dispensação dos medicamentos ARV? (Considerar TARV oral/ injetável/acondicionamento refrigerador).			Qual a periodicidade de entrega?
18.	Há estratégias para avaliar a adesão dos pacientes à TARV?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?	
19.	Há estratégias para acompanhar as condições clínicas, laboratoriais e de saúde geral dos pacientes vivendo com HIV.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?	Periodicidade.
20.	Coleta CD4 e CV. Qual o fluxo de coleta do material, envio para laboratório (qual?) e retorno dos resultados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descrever:	
21.	Como ocorre a busca de sintomáticos respiratórios de TB nas PVHA?	Descrever:		
22.	Qual o fluxo do atendimento de rotina SAE ?	Nº. pacientes agendado/dia		
22 ^a	Dia específico para atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual?	
22b	Como é realizado o contato para agendamento de consulta/ discussão de caso?	<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Pessoalmente	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/>
22c	Há envio de relatório do atendimento realizado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
23.	Qual o fluxo do atendimento de rotina HC ?	Nº. pacientes agendado/dia		
23a	Dia específico para atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual?	
23b	Como é realizado o agendamento?	<input type="checkbox"/> Telefone	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> Pessoalmente
23c	Há envio de relatório do atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
24.	Há dificuldades para encaminhamento sentenciado para atendimento rotina SAE/HC?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?	

25.	No caso de intercorrências/emergências, qual é o fluxo para atendimento SAE?	<input type="checkbox"/> Porta aberta no serviço <input type="checkbox"/> Contato prévio com equipe de saúde para definir conduta/antecipação de consulta <input type="checkbox"/> Não existe fluxo para atendimento de emergência <input type="checkbox"/> Paciente encaminhado para UPA <input type="checkbox"/> Outro Descrever: _____ <input type="checkbox"/> Porta aberta no serviço <input type="checkbox"/> Contato prévio com equipe de saúde para	
26.	No caso de intercorrências/emergências, qual é o fluxo para atendimento MI-UETDI-HC?	<input type="checkbox"/> Porta aberta no serviço <input type="checkbox"/> Contato prévio com equipe de saúde para definir conduta/antecipação de consulta <input type="checkbox"/> Não existe fluxo para atendimento de emergência <input type="checkbox"/> Paciente encaminhado para UPA <input type="checkbox"/> Outro Descrever: _____	
27.	Há dificuldades para encaminhar em caso de intercorrências/emergências para UPA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?
Dimensionamento das UP – rotina de trabalho no ambulatório		Observações	
Número total de PVHA em acompanhamento			
Número total de PVHA em uso TARV			
Quantos dias na semana o serviço de saúde na unidade prisional funciona? E horário?			
Como as informações acerca dos procedimentos e intervenções que foram realizadas no Serviço de Referência em HIV/aids retornam à equipe da UP?			
Há falta recorrente em consulta de rotina no SAE/HC?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?

Unidade prisional Estrutura (Recursos Humanos)	Parâmetros/ Recomendações (preencher depois)	Número	Carga horária/semanal	Vínculo (SAP, SMS, SES, Outro)	Fez treinamento em HIV/aids no último ano (Sim, Não)?
Médico					
Médico residente e/ou acadêmico de medicina					
Médico ginecologista					
Médico psiquiatra					
Enfermeiro					
Auxiliar/técnico de enfermagem					
Farmacêutico					
Atendente de Consultório Dentário					
Assistente social					
Cirurgião Dentista					
Psicólogo					
Agente Penitenciário de Saúde					

Data da entrevista:	___/___/___
Nome do Entrevistado:	
Função:	

Nome do Entrevistador 1:	
Nome do Entrevistador 2:	

ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados

Pesquisa: “Análise da atenção à saúde prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais da região de Ribeirão Preto/SP”,

Número do questionário: _____ Entrevistador: _____						
Data da entrevista: __/__/__						
Horário de início da Entrevista _____ Horário de término: _____						
Unidade Prisional: _____ SAE de referência: _____						
Hygia/HC _____						
I. Dados sociodemográficos						
1.	Iniciais do Nome: _____					
2.	Matrícula: _____					
3.	Regime de cumprimento da pena: 1- <input type="checkbox"/> Fechado 2- <input type="checkbox"/> Semi-aberto 3- <input type="checkbox"/> Sem condenação 3- <input type="checkbox"/> Outros					
4.	4.1	Município de residência: _____			4.2	Estado de residência: _____
5.	Data de nascimento: ____/____/____					
6.	Sexo: 1- <input type="checkbox"/> Feminino 2- <input type="checkbox"/> Masculino					
7.	Estado civil: 1- <input type="checkbox"/> Solteiro 2- <input type="checkbox"/> Casado/união estável/ amasiado 3- <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado 4- <input type="checkbox"/> Viúvo					
8.	Cor da Pele/etnia: 1- <input type="checkbox"/> Branca 2- <input type="checkbox"/> Preta 3- <input type="checkbox"/> Parda 4- <input type="checkbox"/> Amarela 5- <input type="checkbox"/> Indígena 6- <input type="checkbox"/> Outro 8.1 Especificar: _____					
9.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou (completa)? _____					
10.	Tem alguma profissão	1- <input type="checkbox"/> SIM		10.1 Qual: _____		
		2- <input type="checkbox"/> NÃO				
11.	Renda mensal antes do encarceramento (Reais): _____					
12.	Você trabalha na penitenciária?	1- <input type="checkbox"/> SIM		12.1 Função: _____		
		2- <input type="checkbox"/> NÃO				
13.	O (a) senhor (a) fazia uso de droga(s) antes de ser preso?	1- <input type="checkbox"/> SIM		13.1. Tipo: 1- <input type="checkbox"/> Maconha 2 - <input type="checkbox"/> Cocaína 3- <input type="checkbox"/> Crack 4- <input type="checkbox"/> álcool 5 - <input type="checkbox"/> Tabaco 6- <input type="checkbox"/> Outra. Especificar 13.2 _____		
		2- <input type="checkbox"/> NÃO				
II. Dados sobre a prática sexual						
14.	Nos últimos 12 meses o (a) Sr. (Sra.)	14.1 Teve relação Sexual:	1- <input type="checkbox"/> SIM	14.1.1 Tipo: 1 <input type="checkbox"/> Fixa 2 <input type="checkbox"/> Eventual 3 <input type="checkbox"/> Fixa e eventual		
			2- <input type="checkbox"/> NÃO			
		14.2 Com quem o(a) senhor(a) tem/teve relação sexual	1- <input type="checkbox"/> Pessoas do mesmo sexo	2- <input type="checkbox"/> Pessoas do sexo oposto	3- <input type="checkbox"/> Homens e mulheres	
		4- <input type="checkbox"/> travestis/transsexuais (transgênero)				

15.	Atualmente Recebe visita íntima:	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO			
16.	Com que frequência o(a) senhor(a) utiliza preservativo nas relações sexuais:	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase Nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não se aplica			
III- Dados clínico3s e de acompanhamento do caso					
17.	Há quanto tempo o (a) senhor (a) sabe que tem o HIV/aids? _____				
18.	O seu diagnóstico de HIV/aids foi realizado dentro do Sistema Prisional?	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO			
19.	O senhor realiza acompanhamento médico para o HIV/aids?	1- <input type="checkbox"/> SIM	19.1	Há quanto tempo (meses): _____	
		2- <input type="checkbox"/> NÃO			
20.	O (A) senhor (a) tem prescrição médica para o uso dos antirretrovirais/coquetel?	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO			
21.	Em algum momento o (a) senhor(a) já parou de fazer o acompanhamento médico para o HIV/aids?	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO 3- <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
22.	No atual encarceramento o (a) senhor (a) já foi internado no hospital por causa do HIV/aids?	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO			
23.	Nos últimos 30 dias, o (a) senhor (a) apresentou alguma queixa de saúde?	1- <input type="checkbox"/> SIM	23.1	<input type="checkbox"/> Febre;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.2	<input type="checkbox"/> Desconforto gástrico e diarreia;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.3	<input type="checkbox"/> Perda de peso;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.4	<input type="checkbox"/> Lesão de pele/coceira/alergia persistente;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.5	<input type="checkbox"/> Fraqueza, cansaço, mal estar;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.6	<input type="checkbox"/> Desconforto respiratório;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.7	<input type="checkbox"/> Tosse há mais de 02 semanas;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.8	<input type="checkbox"/> Ansiedade, agitação, irritabilidade;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.9	<input type="checkbox"/> Cefaleia;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.10	<input type="checkbox"/> Confusão, tremores, sonolência;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.11	<input type="checkbox"/> Tristeza e desanimo;	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			23.12	<input type="checkbox"/> Outras.	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO 23.12.1 Espec.: _____ _____ _____
					2- <input type="checkbox"/> NÃO

24.	Neste último encarceramento o (a) Sr. (a) já teve alguma doença relacionada à baixa imunidade causada pelo HIV?	1- <input type="checkbox"/> SIM	24.1	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			24.2	<input type="checkbox"/> Citomegalovírus	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			24.3	<input type="checkbox"/> Pneumonia. 24.3.1 Especificar: _____	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			24.4	<input type="checkbox"/> Criptococose	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			24.5	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			24.6	<input type="checkbox"/> Candidíase Oral	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			24.7	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			24.8	<input type="checkbox"/> Tuberculose	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			24.9	<input type="checkbox"/> Outras.	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO 24.9.1 Espec.: _____ _____
				2- <input type="checkbox"/> NÃO	
25.	O (a) Senhor (a) apresenta algum outro problema de saúde:	1- <input type="checkbox"/> SIM	25.1	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial (Pressão alta)	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.2	<input type="checkbox"/> Diabetes	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.3	<input type="checkbox"/> Depressão	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.4	<input type="checkbox"/> Hepatites. 25.4.1 Especificar: _____	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.5	<input type="checkbox"/> Dislipidemia (colesterol, triglicérides altos - aumento da gordura no sangue)	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.6	<input type="checkbox"/> Lipodistrofia (acúmulo anormal de gordura em partes do corpo)	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.7	<input type="checkbox"/> Problema de coração (cardiopatias)	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.8	<input type="checkbox"/> Doença neurológica (convulsão, epilepsia)	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.9	<input type="checkbox"/> Doença mental (transtorno mental)- dependência química	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.10	<input type="checkbox"/> Sífilis	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO
			25.11	<input type="checkbox"/> Outras.	1- <input type="checkbox"/> SIM 2- <input type="checkbox"/> NÃO 25.11.1 Espec.: _____ _____
				2- <input type="checkbox"/> NÃO	

26.	O (A) Sr. (a) faz algum tratamento medicamentoso, além da TARV/Coquetel?	1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO
27.	O (A) Sr. (a) já fez tratamento para a tuberculose?	1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO
28.	O (A) Sr. (a) já tomou remédio para prevenir a tuberculose ?	1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO
29.	Já conviveu com alguma pessoa com tuberculose na prisão?	1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO
IV- Dados sobre o percurso no sistema prisional		
30.	Quantas vezes que o (a) senhor (a) já foi preso? Núm.: _____	
31.	Há quanto tempo o (a) sr. (a) está preso (meses): _____	
32.	E nesta unidade há quanto tempo o (a) está preso (meses): _____	

V. DADOS SOBRE A OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (ELENCO DE SERVIÇOS)

Para as questões **33 a 35** responda: **1** – Nunca; **2** – Quase nunca; **3** – Às vezes; **4** – Quase sempre; **5** – Sempre; **0** – Não se aplica; **99** – Não sabe.

Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pelos profissionais da equipe de saúde desta Unidade Prisional:

33.	Cuidados gerais de saúde:	33.1	Atendimento médico de rotina	
		33.2	Atendimento de rotina com a equipe de enfermagem	
		33.3	Atendimento com psicólogo	
		33.4	Atendimento com o dentista	
		33.5	Atendimento com assistente social	
		33.6	Atendimento prontamente (no mesmo dia) na presença de algum problema de saúde ou efeitos colaterais no uso do coquetel	
34.	Orientações sobre:	34.1	Planejamento familiar (sobre desejo e possibilidade de ter filhos minimizando risco de transmissão da doença)	
		34.2	Prática de sexo seguro e uso de preservativo	
		34.3	Prática de atividade física	
		34.4	Redução no uso de cigarros, álcool e outras drogas.	
		34.5	O não compartilhamento de materiais de higiene pessoal, (barbeador, lâminas/máquina de cortar cabelo e alicates), materiais para realização de tatuagens e uso de drogas para prevenção da transmissão/reinfecção do HIV/aids	
		34.6	Sobre Tuberculose (sinais, sintomas, transmissão e prevenção)	
		34.7	Benefícios sociais	
35.	Insumos (disponibilidade):	35.1	Preservativos	
		35.2	Gel lubrificante	
		35.3	Vacinas - (na unidade prisional)	
		35.4	Exames sorológicos (hepatites virais e sífilis) - (na unidade prisional)	
		35.5	Cartazes e/ou panfletos educativos sobre as DST/HIV/Hepatites Virais e Tuberculose	
		35.6	Complemento na alimentação (adição de pão, leite, frutas, dentre outros) para melhoria das condições nutricionais.	
		35.7	É solicitado o exame de escarro quando o (a) Sr. (a) apresenta tosse com catarro para investigar a tuberculose.	

VI. DADOS SOBRE A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO).			
Para as questões 36 a 40 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.			
Com que frequência os profissionais da equipe de saúde desta Unidade Prisional...			
36.			Reforçam as orientações dadas pelo médico que acompanha o seu tratamento do HIV (centro de referência ou HC)?
37.			Atrasam a entrega dos medicamentos ARV/"coquetel" a ponto de você ficar sem tomar os remédios
38.	Adesão e controle tratamento medicamentoso	38.1	Questionam sobre a regularidade do uso dos medicamentos ARV/"coquetel" para tratamento HIV/aids?
		38.2	Questionam sobre efeitos colaterais durante o uso dos medicamentos ARV/"coquetel" para tratamento HIV/aids?
		38.3	Questionam sobre suas dificuldades na tomada da medicação "coquetel" para o HIV/aids
		38.4	Observam o (a) senhor (a) tomar a medicação "coquetel" para o HIV/aids?
		38.5	Pedem para o (a) senhor (a) mostrar os fracos/embalagens dos medicamentos vazios?
		38.6	Pedem para o (a) senhor (a) explicar sobre a forma que está tomando os ARV/Coquetel?
		38.7	Questionam sobre as condições do local que o (a) senhor (a) guarda os medicamentos para o HIV/aids na cela de convívio?
39.	Atendimentos e Encaminhamentos	39.1	Levam o (a) Sr. (a) para atendimento médico de urgência fora da Unidades Prisionais na presença de algum problema de saúde?
		39.2	Levam o (a) Sr. (a) para atendimento em outras especialidades médicas, quando necessário, exemplo: cardiologista, endócrino, urologista, pneumologista, entre outros?
		39.3	O (A) Sr. (a) perde a consulta com o infectologista no ambulatório responsável pelo seu tratamento do HIV/aids?
		39.4	Informa sobre o agendamento da consulta com o médico para tratamento do HIV/aids
40.	Exames	40.1	Realizam a coleta de sangue para exames CD4 e Carga Viral dentro da UP (trimestral – AIDS e semestral - HIV)?
		40.2	Informam sobre os cuidados preparatórios para a coleta de exame de controle do HIV
		40.3	Informam os resultados dos seus exames do HIV (CD4 E CV)?
		40.4	Discutem sobre os resultados do valor dos exames?

DADOS SECUNDÁRIOS					
Prontuário					
41.	Linfócitos T CD4+ (fonte secundária)	41.1	Disponível: 1ª – UP: 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO	41.1.1 Data: _____	41.1.2 Resultado: _____
		41.2	2ª – CR: 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO	41.2.1 Data: _____	41.2.2 Resultados: _____
42.	Carga Viral (fonte secundária)	42.1	Disponível: 1ª – UP: 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO		
		42.2	2ª – CR: 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO	42.2.1 Data: _____	42.2.2 Resultado: _____
SISTEMA – PRODESP					
43.	No atual encarceramento por quantas Unidades prisionais passou (CDP, Penitenciária, cadeia): _____				
1º Digitador: _____			Data da digitação: _____		
2º Digitador: _____			Data da digitação: _____		

Horário de término da entrevista: _____

Assinatura: _____

Entrevistador: _____

Adesão a TARV

44.	Nos últimos 7 dias, você tomou algum dos remédios do seu "coquetel" fora do horário indicado pelo médico?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2 - <input type="checkbox"/> Não 3 - <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
45.	Nos últimos 7 dias, você deixou de tomar algum dos remédios do seu "coquetel"?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2 - <input type="checkbox"/> Não 3 - <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
46.	Nos últimos 7 dias, alguma vez você tomou menos ou mais comprimidos de algum dos remédios do seu "coquetel":	1- <input type="checkbox"/> Sim 2 - <input type="checkbox"/> Não 3 - <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
47.	Escore de NÃO ADESÃO: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 - A escala zero de não adesão = nenhuma resposta de não adesão (sim ou não sei/não lembro); - A escala 1 de não adesão = uma única resposta de não adesão; - A escala 2 de não adesão = duas respostas de não adesão; - A escala 3 de não adesão = três resposta de não adesão.	
48.	Como estava a sua carga viral na última vez que você mediu?	1 - <input type="checkbox"/> Boa (indetectável/zerada) 2 - <input type="checkbox"/> alterada (detectável/alta) 3 - <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro

ANEXO C – Comitê de Ética em Pesquisa



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 095/2017, de 03.05.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 27 de abril de 2017.

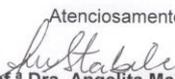
Protocolo CAAE: 64358117.7.0000.5393

Projeto: Análise das estratégias de monitoramento do uso da TARV nas pessoas privadas de liberdade que vivem com aids em unidades prisionais de Ribeirão Preto e Serra Azul/SP

Pesquisadores: Glaucia Morandim Ravanholi
Aline Aparecida Monroe (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Aline Aparecida Monroe

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP