

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**ERIKA APARECIDA CATOIA**

**Oferta de ações e serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade que  
vivem com HIV em unidades prisionais de dois  
municípios do interior paulista**

**Ribeirão Preto  
2019**

**ERIKA APARECIDA CATOIA**

**Oferta de ações e serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV em unidades prisionais de dois municípios do interior paulista**

**Versão Original**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe

**Ribeirão Preto**

**2019**

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.

Catoia, Erika Aparecida

Oferta de ações e serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV em unidades prisionais de dois municípios do interior paulista, 2019.

137p.: il.; 30 cm

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

Orientador: Monroe, Aline Aparecida.

1. Prisões. 2. HIV. 3. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 4. Avaliação de Serviços de Saúde. 5. Assistência Integral à Saúde.

Nome: CATOIA, Erika Aparecida.

Título: Oferta de ações e serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV em unidades prisionais de dois municípios do interior paulista

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca examinadora

Orientador: Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## *Dedicatória*

*Às Pessoas que vivem com HIV privadas de liberdade e  
aos profissionais de saúde que atuam incansavelmente  
no cuidado às pessoas privadas de liberdade*

## *Agradecimento especial*

*À Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, pelo acolhimento, apoio e orientação durante minha trajetória na pós-graduação.*

*Aos diretores gerais, aos diretores dos núcleos de atenção à saúde e aos profissionais do setor de segurança e disciplina das unidades prisionais que viabilizaram a realização da pesquisa.*

*Às pessoas que vivem com HIV que aceitaram participar deste estudo*

## *Agradecimentos*

*Ao Prof. Dr. Pedro Palha por me aceitar como aluna especial em sua disciplina na pós-graduação o que possibilitou minha aproximação e inserção no programa de pós-graduação da FERP.*

*Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto por sua generosidade, vasto conhecimento e disponibilidade em colaborar prontamente com o grupo de pesquisa GEOHAIDS.*

*À Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, e a todos do grupo operacional de estudos GEOTB.*

*À Profa Dra. Livia Maria Lopes pela parceria na construção do projeto de pesquisa*

*À Profa Dra Sonia Dias do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa pela disponibilidade e confiança em me aceitar com aluna no estágio sanduíche.*

*À enfermeira Dra. Rubia Laine Andrade pela imprescindível colaboração determinante na construção da etapa metodológica e na análise dos resultados deste trabalho.*

*Ao Grupo GEOHAIDS liderado pela da Profa. Dra. Aline Monroe: Aline Andrade, Glaucia, Glauber, Cassiara, Pedro, Nanci, Rafael e Ana Luiza agradeço pela parceria e companheirismo durante minha trajetória acadêmica.*

## RESUMO

CATOIA, E.A. **Oferta de ações e serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV em unidades prisionais de dois municípios do interior paulista.** 2019. 137 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

O presente estudo objetivou analisar as ações e serviços de saúde ofertados por equipes de saúde prisional para o cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais nos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul-SP. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito, realizado entre agosto e novembro de 2015 com pessoas privadas de liberdade vivendo com HIV, encarceradas por mais de seis meses nas unidades prisionais estudadas. Os dados, coletados por meio de entrevistas, foram analisados através de técnicas estatísticas descritivas, bem como mediante a construção de indicadores de oferta que correspondiam ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os entrevistados para cada pergunta e dividido pelo total de respondentes, sendo categorizados como satisfatórios (>3,5 a 5,0), regulares (> 2,5 a 3,5) e insatisfatórios (1,0 a 2,5). Para comparação do desempenho na oferta de ações e serviços de saúde entre as unidades prisionais realizou-se análise de variância (ANOVA) com teste de Tukey. Esse teste foi realizado quando atendidos os pressupostos de homocedasticidade pelo teste de Levene. A normalidade não foi testada, uma vez que  $n \geq 30$ . Para as análises que indicaram violação dos critérios para o uso da ANOVA, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis com teste de comparação múltipla. O nível de significância estatística adotado foi de 5%. Participaram da pesquisa 85 apenados vivendo com HIV, a maioria do sexo masculino (82,4%), entre 23 – 39 anos (56,4%), pardos (45,9%) e com baixa escolaridade (70,6%) (ensino fundamental I ou II) O indicador composto de oferta das ações e serviços de saúde prestados pelas equipes de saúde prisionais obteve média geral de 2,63 (dp 1,8), classificado como regular. Os cuidados gerais de saúde, os atendimentos médicos, de equipe de enfermagem, prontidão no atendimento, orientações sobre a tuberculose, disponibilização de exames sorológicos e divulgação de informações foram avaliados de modo regular. Os indicadores relacionados ao atendimento com psicólogos, dentistas e assistentes sociais, e as demais atividades envolvendo orientações em saúde foram classificados como insatisfatórios. A disponibilidade de preservativos, vacinas e exames de escarro para tuberculose foram avaliados como satisfatórios. O manejo do HIV/aids nas prisões configura-se um desafio ao SUS, na organização de um subsistema com atribuições compatíveis com as prerrogativas da atenção primária à saúde. Entretanto, as condições organizacionais das prisões, violações de direitos humanos, processo de trabalho com equipes incompletas de saúde responsáveis pelo manejo de um agravo que exige aplicações de distintas densidades tecnológicas impõe obstáculos à concretude da integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV no contexto prisional.

Palavras-chave: Prisões. HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Avaliação de Serviços de Saúde. Assistência Integral à Saúde.



## ABSTRACT

CATOIA, E.A. **Offer of health actions and services to people deprived of freedom living with HIV in prison units of two cities in the inner part of São Paulo State.** 2019. 137 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The present study aimed to analyze the health actions and services offered by prison health teams to care for people living with HIV/aids in prison units in the cities of Ribeirão Preto and Serra Azul-SP. This is a descriptive inquiry study, conducted from August to November 2015 with people deprived of freedom living with HIV, detained for more than six months in the studied prison units. The data collected through interviews was analyzed using descriptive statistical methods, as well as the construction of offer indicators that corresponded to the mean value obtained by the sum of all answers of all interviewed for each question and divided by the sum of total respondents. They were classified as satisfactory (>3.5 to 5.0), regular (>2.5 to 3.5) and unsatisfactory (1.0 to 2.5). To compare the performance of the offer of health actions and services between the prison units, the analysis of variance (ANOVA) with Tukey's test was conducted. This test was performed when the homoscedasticity assumptions were met, verified by Levene's test. The normality was not tested considering  $n \geq 30$ . For analyses indicating a violation of criteria applied to use ANOVA, Kruskal-Wallis's test with a test of multiple comparisons was used. The adopted level of significance was 5%. In the study, 85 imprisoned living with HIV participated in the study, the majority was male (82.4%), between 23-29 years (56.4%), brown (45.9%) and with low education level (70.6%) (elementary school I or II). The indicator composed of health actions and services provided by prison health teams obtained the general mean of 2.63 (sd 1.8), classified as regular. The general health care, the medical appointments, the nursing team, attention readiness, orientations for tuberculosis, availability of serological tests, and disclosure of information were assessed as regular. The indicators related to appointments with psychologists, dentists, and social workers, and other activities involving health orientations were classified as unsatisfactory. The availability of contraceptives, vaccines and sputum exams for tuberculosis were satisfactory. The management of HIV/aids in prisons is a challenge for SUS, in the organization of a subsystem with attributions compatible with the prerogatives of the primary health care. However, the organizational conditions of prisons, violations of human rights, work processes with incomplete health teams responsible for the management of a disease requiring distinct applications of technological densities, imposes obstacles to the concreteness of the integrality of care to people who live with HIV in a prisional context.

Key-words: Prisons. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Health Services Research. Comprehensive Health Care.

## RESUMEN

CATOIA, E.A. **Oferta de acciones y servicios de sanidad para las personas privadas de libertad que viven con VIH en instituciones carcelarias de dos municipios del interior paulista**. 2019. 137 p Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

El presente estudio buscó analizar las acciones y servicios de sanidad ofrecidos por los equipos de sanidad carcelaria para el cuidado a las personas que viven con VIH/sida en las instituciones carcelarias en los municipios de Ribeirão Preto y Serra Azul-SP. Se trata de un estudio descriptivo, investigativo, realizado de agosto hasta noviembre de 2015 con personas privadas de libertad que viven con VIH, encarceladas por más de seis meses en las instituciones carcelarias estudiadas. Los datos, recolectados por medio de entrevistas, fueron analizados a través de técnicas estadísticas descriptivas, así como a través de la construcción de indicadores de oferta de sanidad que correspondían al valor medio obtenido por la adición de todas las respuestas de todos los entrevistados para cada pregunta y, repartido por el total de personas que respondieron, siendo categorizadas como satisfactorios (>3,5 a 5,0), regulares (>2,5 a 3,5) e insatisfactorios (1,0 a 2,5). Para comparar el desempeño en la oferta de acciones y servicios de sanidad entre las instituciones carcelarias se realizó análisis de variancia (ANOVA) con test de Tukey. El test fue realizado cuando fueron atendidos los presupuestos de homocedasticidad por el test de Levene. La normalidad no fue testada, debido al facto que  $n \geq 30$ . Para los análisis que indicaron violación de los criterios para la utilización del ANOVA, fue realizado el test de Kruskal-Wallis con testes de comparaciones múltiples. El nivel de significancia estadística adoptado fue de 5%. Participaron de la investigación 85 presos que viven con VIH, la mayoría del sexo masculino (82,4%), en el grupo de edad de 23-39 años (56,4%), pardos (45,9%) y con baja escolaridad (70,6%) (enseñanza de nivel fundamental I y II). El indicador compuesto de oferta de acciones y servicios de sanidad prestados por los equipos de sanidad carcelarios obtuvo media general de 2,63 (dp 1,8), clasificado como regular. Los cuidados generales de salud, los atendimientos médicos, de equipo de enfermería, rápido atendimiento, orientaciones sobre la tuberculosis, disponibilidad de exámenes serológicos y divulgación de informaciones, obtuvieron una evaluación como regular. Los indicadores relacionados a los atendimientos con psicólogos, dentistas y asistentes sociales, y las demás actividades que enlazan orientaciones de salud fueron clasificados como insatisfactorios. La disponibilidad de condones, vacunas y exámenes de esputo para tuberculosis fueron evaluados como satisfactorios. El manejo del VIH/sida en las cárceles se configura un desafío al SUS, en la organización de un subsistema con atribuciones compactibles con las prerrogativas de la atención primaria a la salud. Todavía, las condiciones organizacionales de las cárceles, violaciones de los derechos humanos, procesos de trabajo con equipos de sanidad incompletos que son responsables por el manejo de agravamientos que exigen aplicaciones de tecnologías de distintas densidades, imponen obstáculos para concretizar la integralidad del cuidado para las personas que viven con VHI en el contexto carcelario.

**Palabras clave:** Prisiones. VIH. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Evaluación de Servicios de Sanidad. Atención Integral de Salud.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Aspectos a serem abordados para o cuidado às PVHA, 2018.....	23
<b>Quadro 2.</b> Composição das Equipes de Saúde Prisional, segundo o número de presos custodiados, 2019. ....	27
<b>Quadro 3.</b> Quantidade de equipes habilitadas por tipo de equipe e número de população referenciada. ....	28
<b>Quadro 4.</b> Revisão sobre normativa Sistema Internacional de Direitos Humanos: Direito à Saúde e Pessoa Privada de Liberdade, Ribeirão Preto, 2019. ....	46
<b>Quadro 5.</b> Revisão sobre normativa do Sistema Interamericano de Direitos Humanos: Direito à Saúde e Pessoa Privada de Liberdade, Ribeirão Preto, 2018. ....	57
<b>Quadro 6.</b> Revisão sobre normativa Nacional de Direitos Humanos: Direito à Saúde e Pessoa Privada de Liberdade, Ribeirão Preto, 2019.....	59
<b>Quadro 7.</b> Estrutura física dos Núcleos de Atendimento à Saúde das unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015. ....	69
<b>Quadro 8.</b> Caracterização das equipes de saúde das unidades prisionais segundo a composição do quadro de recursos humanos da região de Ribeirão Preto, 2015.....	70
<b>Quadro 9.</b> Caracterização das unidades prisionais segundo aspectos da dinâmica de atenção em HIV/aids prestada aos detentos, Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015. ....	73
<b>Quadro 10.</b> Caracterização de particularidades da assistência prestada às pessoas que viviam com HIV pelos serviços de saúde das unidades prisionais, região de Ribeirão Preto, 2015.....	73
<b>Quadro 11.</b> Variáveis utilizadas no estudo segundo a seção do instrumento de coleta de dados, Ribeirão Preto, 2015.....	76

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Status do alcance das metas 90-90-90. Brasil, 2015. ....	20
<b>Figura 2.</b> Cascata de Cuidado contínuo do HIV. Brasil, 2015. ....	21
<b>Figura 3.</b> Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados aos cuidados gerais de saúde, orientações e disponibilização de insumos pelas equipes de saúde das unidades prisionais. ....	85

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição das pessoas privadas de liberdade segundo unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015 e 2018. ....	68
<b>Tabela 2.</b> Distribuição de frequência das características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV privadas de liberdade nos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015. ....	80
<b>Tabela 3.</b> Distribuição de frequência das características do percurso prisional das pessoas que vivem com HIV privadas de liberdade nos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015. ....	81
<b>Tabela 4</b> Distribuição de frequência dos dados sobre o uso de drogas das pessoas que vivem com HIV privadas de liberdade, região de Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015. ....	81
<b>Tabela 5.</b> Distribuição de frequência dos dados clínicos e de acompanhamento das pessoas que vivem com HIV privadas de liberdade, de Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015. ....	83
<b>Tabela 6.</b> Distribuição de frequência acompanhamento clínico das pessoas que viviam com aids privadas de liberdade no interior paulista, 2015. ....	84
<b>Tabela 7.</b> Médias e desvio-padrão (DP) dos indicadores relacionados à oferta e ações de serviços de saúde (elenco de serviços) da assistência ao HIV/aids entre as unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2017. ....	87
<b>Tabela 8.</b> Médias e desvio-padrão (DP) dos indicadores relacionados à oferta e ações de serviços de saúde (elenco de serviços) da assistência ao HIV/aids entre as unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2017. ....	88
<b>Tabela 9.</b> Médias e desvio-padrão (DP) dos indicadores relacionados à oferta e ações de serviços de saúde (elenco de serviços) da assistência ao HIV/aids entre as unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2017. ....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>Aids</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>ASP</b>	Agente de segurança penitenciária
<b>CEDAW</b>	Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher
<b>CDP</b>	Centros de Detenção Provisória
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CNPCT</b>	Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>EERP</b>	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
<b>FAPESP</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
<b>GEOHids</b>	Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids
<b>HAART</b>	Terapia Antirretroviral de alta potência
<b>HCFMRP</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
<b>HIV</b>	Vírus da imunodeficiência humana
<b>HBV</b>	Vírus da Hepatite B
<b>HCV</b>	Vírus da Hepatite C
<b>HPV</b>	Vírus do Papiloma Humano
<b>HSH</b>	Homens que fazem sexo com homens
<b>ILTB</b>	Infecção latente pelo Mycobaterium tuberculosis
<b>IST</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>LEP</b>	Lei de Execução Penal
<b>LGBTs</b>	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PEP</b>	Profilaxia Pós-Exposição
<b>PNAISP</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
<b>PPL</b>	População privada de liberdade
<b>PrEP</b>	Profilaxia Pré-Exposição
<b>PVHA</b>	Pessoas Vivendo com HIV e aids
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>SAP</b>	Secretaria de Administração Penitenciária de São Paulo
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SP</b>	São Paulo

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Terapia antirretroviral
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>UDI</b>	Usuários de drogas injetáveis
<b>UETDI</b>	Unidade Especial de Tratamento em Doenças Infecciosas
<b>UNAIDS</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
<b>UP</b>	Unidades prisionais
<b>UPA</b>	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1 O encarceramento em massa brasileiro .....	29
1.1.1 A finalidade da prisão na história do Brasil .....	30
1.1.2 A realidade do Sistema Carcerário do estado de São Paulo .....	33
1.2 O direito humano à saúde da população prisional .....	34
1.2.1 Fundamentos e princípios dos direitos humanos .....	35
1.2.2 As normativas que fundamentam o direito humano à saúde da população prisional .....	38
1.3 Quadro teórico: a produção do Cuidado Integral às pessoas que vivem com HIV/aids ....	61
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>64</b>
2.1 Objetivos específicos .....	65
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>66</b>
3.1 Delineamento do estudo .....	67
3.2 Local do estudo .....	67
3.2.1 Atenção ao HIV/aids no sistema prisional .....	72
3.3 População do Estudo e Critérios de Inclusão .....	74
3.4 Coleta de Dados .....	74
3.4.1 Instrumento de coleta de dados .....	74
3.4.2 Variáveis envolvidas no estudo .....	75
3.4.3 Procedimentos para coleta de dados .....	76
3.5 Análise dos Dados .....	77
3.6 Aspectos éticos .....	78
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>79</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>89</b>
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>135</b>



# 1 INTRODUÇÃO

---

A presente tese está inserida no projeto de pesquisa intitulado “Análise da Atenção à Saúde prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais da região de Ribeirão Preto/SP”, fomentado pelo Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (MCTI/CNPq N° 14/2014, Processo n° 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 n°: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018), ambos sob a coordenação da 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).

Esta tese tem como foco a análise das ações e serviços de saúde ofertados para o cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), por equipes de saúde inseridas nas unidades prisionais nos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul-SP. Pretende-se contribuir com a produção de conhecimentos teóricos e operacionais que possibilitem o empreendimento de ações e intervenções locais a fim de subsidiar a elaboração de estratégias que potencializem a produção do cuidado às PVHA, em especial no que se refere ao acesso e organização da assistência aos indivíduos em tratamento e que se encontram encarcerados. Para análise e discussão dos dados será utilizado o referencial teórico da integralidade do cuidado em saúde.

Desde o seu surgimento, há mais de 30 anos, a infecção pelo HIV configura-se como desafio prioritário de saúde mundial. A infecção pelo HIV, um retrovírus, que surgiu no início do século XX na África Central e Oriental, ocasiona a supressão da resposta imunológica, acarretando, em longo prazo, manifestações clínicas que tornam o indivíduo suscetível a diversas infecções oportunistas, dentre as quais, se destacam a tuberculose, neurotoxoplasmose, pneumocistose, meningite criptocócica, demência e retinite por citomegalovírus, podendo levar ao óbito. Na ausência de terapêutica medicamentosa específica, o tempo para o desenvolvimento da aids, após a infecção, é em torno de 10 anos (FIOCRUZ, 2014; BRASIL, 2018c).

No entanto, a infecção ganhou dimensão pandêmica somente a partir da década de 1980 ao atingir, inicialmente, homens homossexuais, usuários de drogas injetáveis (UDI), de heroína e hemofílicos nos Estados Unidos da América, acometendo, posteriormente, imigrantes haitianos que viviam no país. É nesse período que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) surge como uma nova e complexa pandemia, levando à morte, desde o seu

surgimento até o ano de 2017, cerca de 35,4 milhões de pessoas em todo o mundo (PINTO et al., 2007; FIOCRUZ, 2014; UNAIDS, 2018).

Destaca-se que com o advento da Terapia Antirretroviral de alta potência (HAART sigla em inglês para *highly active antirretroviral therapy*), introduzida em 1996, houve uma significativa mudança no curso da infecção pelo HIV no mundo, tornando a aids uma condição crônica de saúde. A terapia antirretroviral (TARV) evitou mundialmente a morte de 6,6 milhões pessoas e estima-se que em 2017 havia 21,7 milhões de pessoas vivendo com HIV com acesso à TARV no mundo (FIOCRUZ, 2014, UNAIDS, 2018).

Embora o número de novas infecções pelo vírus tenha sido reduzido em 47% desde o ano de 1996, atualmente, estima-se que 36,9 milhões de adultos vivam com agravo no mundo, dos quais, 90% concentrados em países em desenvolvimento e atingindo desproporcionalmente as denominadas populações-chave (BRASIL, 2018b).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), populações-chave são definidas como grupos que, em decorrência de práticas e contextos sociais específicos, são desproporcionalmente afetados pela epidemia do HIV, independente da região e do tipo de epidemia vigente nos diferentes países. Tal população-chave concentra-se em cinco grupos, a saber: homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis, (UDI), pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo e os transgêneros. Destaca-se que os adolescentes inseridos nas populações-chave são mais vulneráveis à infecção pelo HIV se comparados com seus pares adultos e idosos (OPAS, 2014).

Em diversos países, as populações-chave vivenciam contextos socioculturais desfavoráveis, marcados pela violência, pobreza, discriminação e barreiras no acesso aos serviços de saúde, aumentando, desta forma, a vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte pelo HIV/aids (OPAS, 2014; SCHNEIDERS; WEISSMAN, 2016; WOLF et al., 2016).

No Brasil, desde a identificação do primeiro caso da doença na década de 1980 até o ano de 2018 foram notificados 982.129 casos de aids (BRASIL, 2018b). Destaca-se que, embora a taxa de prevalência da doença mantenha-se estável em 0,4% na população geral, o país vislumbra uma epidemia concentrada nas populações-chave, como gays e homens que fazem sexo com homens (prevalência 10,5%), usuários de drogas (5,9%), com destaque para usuários de crack e similares (pasta base, merla e oxi) e profissionais do sexo (4,9%). Destaca-se que, embora não incluídas nos dados oficiais são consideradas populações-chave no país os transgêneros e a população privada de liberdade (BRASIL, 2017b).

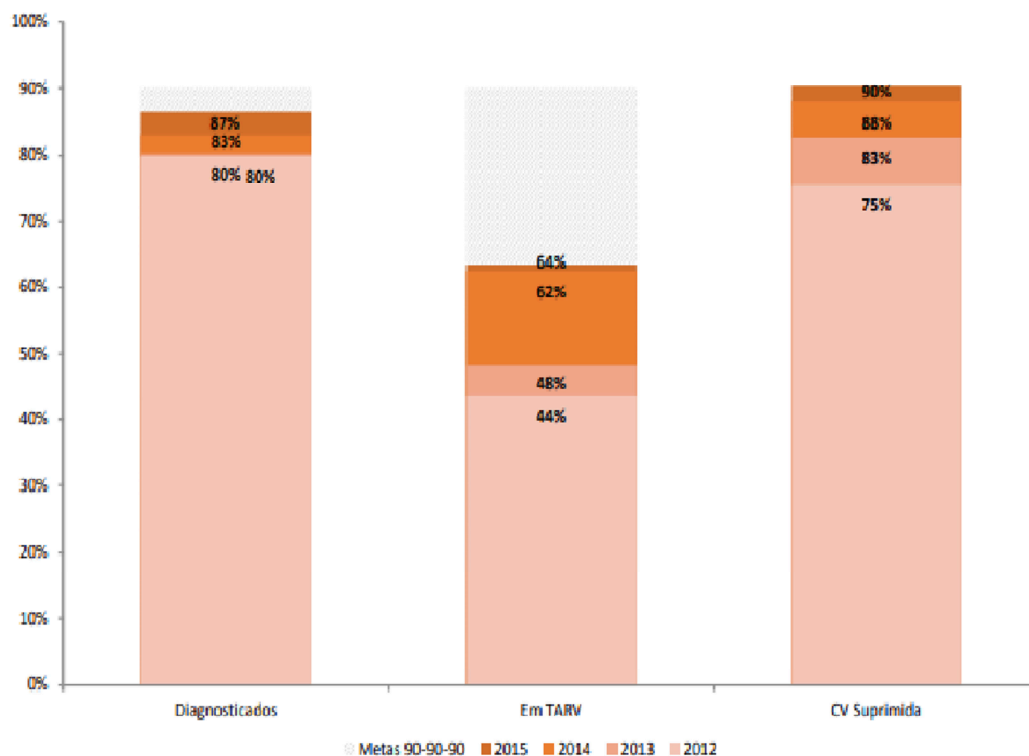
Um importante elemento para a reflexão refere-se à sobreposição de vulnerabilidades entre as populações-chave, desafiando ainda mais as práticas e políticas de saúde voltadas ao

controle da doença. Destaca-se que a ação de governos, políticas de saúde, educação, bem-estar social e a cultura integram os aspectos sociais e contextuais do processo de saúde-doença e são fundamentais para configuração de distintas vulnerabilidades dos indivíduos ao HIV, ao adoecimento e morte, uma vez que, grupos que têm seus direitos negligenciados e são expostos à violência estrutural possuem piores perfis de saúde, aumentando sua vulnerabilidade frente aos agravos de saúde (AYRES, PAIVA; FRANÇA, 2012).

Estudos apontam que, nos países onde as relações entre as instituições e os grupos sociais marginalizados pautam-se pelo desrespeito aos direitos humanos e por políticas e aplicação de leis punitivas para o consumo de drogas, são maiores os desafios para o desenvolvimento de estratégias eficazes para o controle do HIV, acarretando, desta forma, um impacto negativo para a saúde das populações-chave traduzido pela maior prevalência do HIV nestes grupos (SCHNEIDERS; WEISSMAN, 2016).

Considerando que, mesmo após aproximadamente quatro décadas desde o surgimento da infecção pelo HIV enquanto uma epidemia, a aids mantém-se como problema de saúde pública prioritária na agenda mundial, desta forma, e com foco na erradicação da epidemia até o ano de 2030, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) instituiu no ano de 2014 novas metas denominadas 90-90-90 a serem alcançadas até 2020 pelos países. Tais metas almejam o diagnóstico em 90% das PVHA, 90% das pessoas com diagnóstico para o HIV em tratamento com antirretroviral (TARV) e 90% de todas as PVHA em uso da TARV com carga viral indetectável (UNAIDS, 2014).

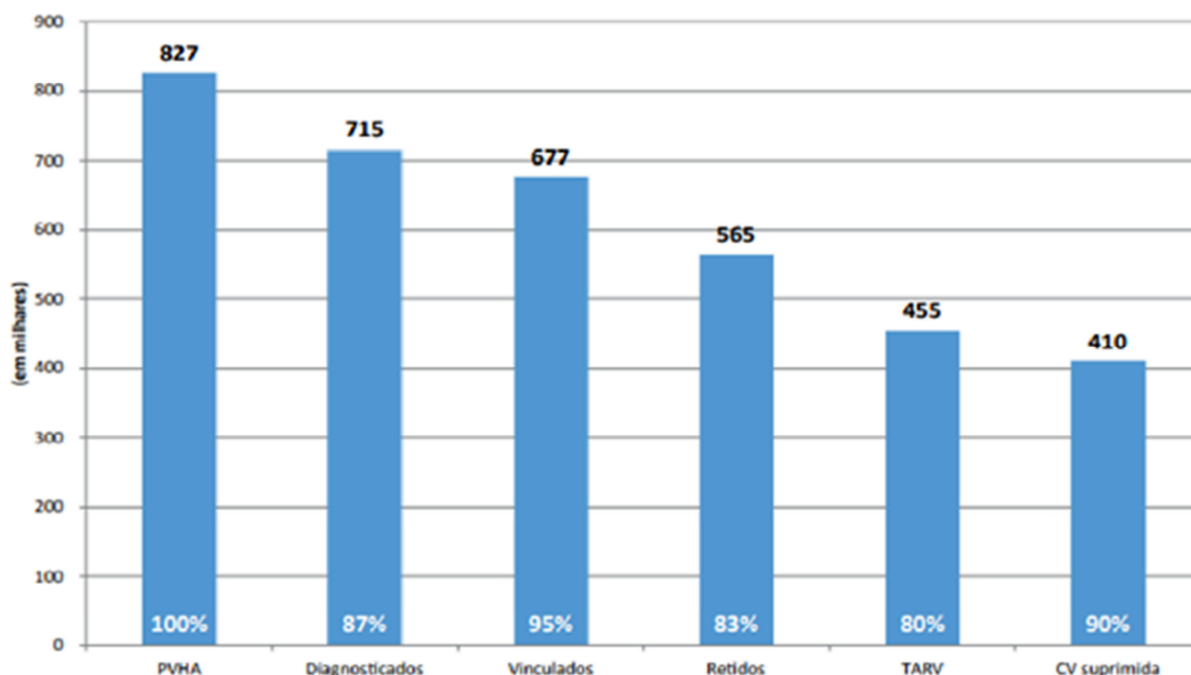
Para alcançar objetivos tão desafiadores torna-se imprescindível priorizar a produção de um cuidado integral e contínuo às pessoas que vivem com HIV, sobretudo nas populações-chave, embasado nos direitos humanos, na erradicação de estigmas, discriminação e da exclusão social, uma vez que a epidemia atinge prioritariamente segmentos mais vulneráveis e discriminados da sociedade que não têm acesso às ações e serviços de saúde (UNAIDS, 2014). Destaca-se que tais metas foram adotadas pelo Brasil e, de acordo com a figura 1, é possível identificar que no ano de 2015 o país, excetuando a oferta de TARV, estava próximo de atingir os objetivos determinados pela Meta 90-90-90.

**Figura 1.** Status do alcance das metas 90-90-90. Brasil, 2015.

**Fonte:** Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2017).

Desta forma, com objetivo de nortear as políticas e ações programáticas para o alcance aos objetivos das Metas 90-90-90, o Brasil adotou como estratégia a metodologia denominada Cascata de Cuidado Contínuo do HIV, que se constitui em uma ferramenta aplicada para avaliação dos avanços e esforços nacionais para transpor as diversas barreiras enfrentadas pelas PVHA para acesso, retenção do cuidado nos serviços de saúde e consequente supressão viral, objetivo fim da infecção pelo HIV (BRASIL, 2017c).

A Cascata de Cuidado Contínuo do HIV considera todas as etapas do cuidado às PVHA, sendo comumente representada por meio de um gráfico onde estão dispostas informações referentes ao número estimado de pessoas vivendo com HIV/aids e, destas, o percentual com o diagnóstico para o HIV e que inseridas em um determinado programa e/ou serviço de saúde, bem como o percentual de pessoas retidas nos serviços de saúde, em uso de TARV e com supressão viral. Trata-se de uma importante ferramenta para avaliação das ações programáticas e políticas para resposta à epidemia. A figura 2 mostra a cascata do cuidado contínuo do HIV no Brasil no ano de 2015 (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017c).

**Figura 2.** Cascata de Cuidado contínuo do HIV. Brasil, 2015.

**Fonte:** Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2017).

Destaca-se que a Cascata Contínua do Cuidado para o HIV pode ser utilizada tanto em nível nacional quanto para planejamento e avaliação das ações locais de saúde desenvolvidas na rede de atenção para o manejo do HIV.

No início da epidemia e nos anos posteriores o modelo de atenção adotado para o cuidado às PVHA centrou-se em serviços especializados, no entanto, aspectos como a mudança no perfil epidemiológico da doença e a complexidade no manejo da infecção exigiram o compartilhamento do cuidado nos distintos níveis de atenção, por meio da construção de uma rede integrada e articulada de serviços de saúde. Destaca-se o papel da Atenção Primária de Saúde (APS) nesta rede, sendo essencial para a promoção da saúde, desenvolvimento de ações de prevenção à infecção, diagnóstico e o tratamento de distintas condições crônicas que acometem as PVHA (BRASIL, 2015).

No Brasil, a APS é considerada alicerce do sistema de saúde e tem como atribuição a produção de um cuidado contínuo e resolutivo aos agravos que mais acometem a população, sendo realizado no âmbito do contexto cultural e de vida dos usuários, constituindo-se como a base do sistema de saúde, coordenando ou integrando as ações desenvolvidas nos outros pontos de atenção (STARFIELD, 2002).

Na perspectiva de Mendes (2012), a APS destaca-se como um centro coordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possuindo atributos, dentro os quais, destacam-se

longitudinalidade e integralidade do cuidado possibilitando, assim, a mitigação das desigualdades que ainda persistem no sistema de saúde brasileiro (MENDES, 2012).

As atribuições da APS para o manejo do HIV envolvem tanto os aspectos relacionados à promoção à saúde e prevenção da infecção, por meio da educação em saúde e diagnóstico oportuno da infecção, com oferta de teste rápido, quanto ao cuidado compartilhado com os serviços especializados às PVHA, com ênfase em ações que priorizem a qualidade de vida, o acolhimento, identificação dos fatores que aumentam a vulnerabilidade para adoecimento e morte pelo HIV/aids, ações que priorizem a adesão à TARV, acompanhamento das demandas de saúde mental, sexualidade, estigma e preconceito, o autocuidado, saúde bucal, dentre outros (BRASIL, 2015).

Destaca-se que o modelo vigente para prevenção ao HIV, na perspectiva da integralidade do cuidado, baseia-se na Prevenção Combinada e tem como objetivo reduzir as disparidades no acesso aos métodos convencionais de prevenção e no diagnóstico precoce e tratamento oportuno (BRASIL, 2017e).

A Prevenção Combinada utiliza diferentes abordagens, a saber: comportamentais, tendo como objetivo aumentar a percepção do indivíduo sobre sua vulnerabilidade à infecção visando mudanças no comportamento; biomédicas para redução à exposição ao vírus, diagnóstico precoce e diminuição da carga viral; e estruturais que envolvem estratégias para o enfrentamento de fatores sociais e culturais que tornam grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV pela discriminação e violação dos direitos humanos (BRASIL, 2017e).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2018) enfatiza a importância de uma abordagem inicial às PVHA pautada no acolhimento e estabelecimento de confiança com a equipe multiprofissional visando a compreensão do contexto de vida e das vulnerabilidades que circundam a realidade vivenciada pelas PVHA para o delineamento de estratégias que promovam o cuidado integral e o sucesso terapêutico. O quadro 1, a seguir, destaca as diretrizes para a abordagem das PVHA.

**Quadro 1.** Aspectos a serem abordados para o cuidado às PVHA, 2018.

<b>Aspectos para abordagem inicial das PVHA</b>	
<b>Necessidades e informações para o Manejo</b>	<b>Aspectos a serem abordados</b>
I. Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	Explicar a doença: transmissão, história natural, significado da contagem de LT-CD4+ e do exame de carga viral, impacto da terapia antirretroviral (TARV) na morbimortalidade. Discutir o tempo provável de soropositividade Fazer revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV. Checar se há contagens de LT-CD4+ e exames de CV-HIV anteriores Discutir uso de ARV e se houve eventos adversos prévios (ex.: com uso de PEP e PrEP)
II. História médica atual e pregressa	Avaliar: Historia de tuberculose, prova tuberculínica, profilaxia e/ou tratamento prévio Historia de doença mental Infecção oportunista prévia ou atual e necessidade de profilaxia para infecção oportunista. Outras infecções ou comorbidades atuais e/ou pregressas Histórico de imunizações Uso de medicamentos, práticas complementares e/ou alternativas.
III. Riscos e Vulnerabilidades	Avaliar: Parcerias e práticas sexuais Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção Historia de sífilis e outras IST Uso de tabaco, álcool e outras drogas. Interesse em reduzir os danos à saúde
IV. História Psicossocial	Avaliar: Reação emocional ao diagnóstico Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais) Nível educacional Condições de trabalho, domicílio e alimentação
V. Saúde Reprodutiva	Discutir/avaliar: Desejo de ter filhos Métodos contraceptivos Estado sorológico da(s) parceria(s) e filho(s)
VI. História familiar	Revisar histórico de: Doenças cardiovasculares e hipertensão Dislipidemias Diabetes Neoplasias

**Fonte:** Aspectos incluídos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em adultos, 2018 (BRASIL, 2018).

A APS é um espaço privilegiado para atenção integral às PVHA, no entanto, ressalta-se que ainda há desafios a serem superados para a efetivação da APS como ponto de atenção no cuidado compartilhado às PVHA, dentre estes, a ampliação do diagnóstico precoce, a falta de adesão a TARV, melhora de uma resposta efetiva à coinfeção HIV/TB, entre outros (VAL; NICHATA, 2014).

Desta forma e considerando a alta carga da epidemia do HIV nas populações-chave e os desfechos desfavoráveis de saúde neste grupo, torna-se essencial, para erradicação da



epidemia, a priorização de tais populações na proposição de políticas de saúde e na oferta de ações e serviços de saúde qualificados no manejo do HIV. Desta forma, o atual estudo privilegiou, para compreensão epidemiológica do agravo e identificação de possíveis debilidades e vulnerabilidades no contexto de vida, além de possibilitar reflexões sobre os desafios envolvidos no enfrentamento do agravo, a população privada de liberdade vivendo com HIV/aids.

Anualmente, 30 milhões de pessoas passam pelo sistema prisional em todo o mundo, das quais, 10 milhões permanecem encarceradas por um determinado período de tempo (UNODC, 2014). Estudos internacionais apontam maior prevalência do HIV/aids no ambiente prisional em relação à população geral (ZIGLAM, et al., 2012; AZBEL et al., 2013; HENOSTROZA et al., 2013; SEMAILLE et al., 2013). Os achados internacionais convergem com a realidade apontada em estudos brasileiros acerca da alta prevalência do HIV/aids no âmbito prisional (FELISBERTO et al., 2016; DOMINGUES et al., 2017; SOUSA, et al., 2017).

O Brasil possui, em número absoluto, a terceira maior população prisional do mundo, com 726.712 indivíduos encarcerados, dos quais 95% custodiados no Sistema Penitenciário (689.510), os demais se encontram em cadeias públicas (36.765), vinculadas às Secretarias de Segurança Pública, e no Sistema Penitenciário Federal (437) (INFOPEN, 2016).

Considerando a população inserida no Sistema Penitenciário, o perfil sociodemográfico é caracterizado por: homens (93%), adultos jovens, entre 18 e 29 anos (55%), negros (64%), com baixo nível de escolaridade, sendo 61% classificados entre analfabetos e ensino fundamental incompleto. Cabe ressaltar que, embora em menor número, as mulheres que correspondem a 7% do montante total de encarcerados no país, nos últimos anos, vêm apresentando um aumento na taxa de encarceramento superior ao de homens no país (INFOPEN, 2016).

No estudo de Domingues et al. (2017), que estimou a prevalência de infecção de sífilis e do HIV em gestantes, a transmissão vertical e a incidência de sífilis congênita em crianças de mulheres encarceradas no Brasil, realizado com 495 mulheres encarceradas em 33 unidades prisionais brasileiras, identificou uma prevalência da infecção pelo HIV de 3,3% e de sífilis em 8,7%, com uma taxa de transmissão vertical de 66,7%. O estudo apontou uma pior qualidade na assistência durante o pré-natal para mulheres encarceradas em comparação ao cuidado prestado às gestantes na população geral (DOMINGUES et al., 2017).

No estudo realizado por Felisberto et al. (2016) com 146 homens privados de liberdade na Penitenciária Estadual de Santa Catarina identificou-se uma prevalência de 2,1%

(0,45-5,8%) para o vírus do HIV. Ainda, as práticas envolvendo o uso de drogas injetáveis e o sexo desprotegido foram comuns entre os apenados aumentando a vulnerabilidade para a infecção pelo HIV (FELISBERTO et al., 2016).

O estudo realizado por Sousa et al. (2017) com 2.131 presos no Piauí identificou uma prevalência de HIV de 1% em homens e 1,3% em mulheres em situação de privação de liberdade, com predomínio de negros com baixa renda e baixa escolaridade. Houve associação estatisticamente significativa entre a infecção e a prática sexual com parceiros do mesmo sexo e o não uso de preservativo (SOUSA, et al., 2017).

Em uma revisão sistemática realizada por Bezerra (2015) acerca da prevalência do HIV em mulheres encarceradas no país, identificou-se uma alta prevalência do agravo (4,4-24,8%), além de outras infecções sexualmente transmissíveis, a saber: Sífilis (5,7- 25,2%), Vírus do Papiloma Humano (HPV) (4,8-19,0%), Vírus da Hepatite B (HBV) (7,4%) e Vírus da Hepatite C (HCV) (4,6-19,0%). A autora destaca que o abuso de álcool e de outras drogas foi o principal preditor de risco para a infecção pelo HIV e chama a atenção para as desigualdades de gênero que contribuem para o aumento da vulnerabilidade ao HIV em mulheres presas (BEZERRA, 2015).

Em uma revisão sistemática realizada por Catoia et al. (2016) sobre os aspectos que configuram barreiras e facilitadores para adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV na população prisional, identificou-se que o contexto de encarceramento tem o potencial de viabilizar a oferta de ações e serviços para garantia do acesso e adesão ao tratamento antirretroviral desde que delineie um cuidado que transcenda a dimensão clínica do manejo do agravo e incorpore no escopo de ações a intersetorialidade com integração com serviços sociais, de saúde mental e de reinserção social após o encarceramento (CATOIA et al., 2016).

Destaca-se que na revisão supracitada, a ausência de estudos nacionais voltados para abordagem dos desafios que perpassam a oferta, continuidade e coordenação do cuidado prestado às PVHA no âmbito do encarceramento e/ou período de transição para o livramento prisional dificultou vislumbrar a real conjuntura do manejo do agravo nas prisões no Brasil (CATOIA et al., 2016).

Os aspectos que se mostram decisivos para o aumento da vulnerabilidade ao HIV e a outras doenças infectocontagiosas no âmbito prisional são, dentre outros, as condições estruturais do confinamento com superlotação em ambientes insalubres, o uso de drogas, ausência do acesso e uso de preservativo e a falta de acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2008; PRELLWITZ et al., 2013).

Há que se destacar também que o contexto de vida que precede o encarceramento já é marcado por contextos sociais de pobreza, desigualdades, sem acesso à educação formal e aos serviços de saúde, aumentando, assim, a vulnerabilidade das pessoas privadas de liberdade a diversos agravos de saúde (UNODC, 2012; AILY, 2013).

Desta forma, para uma efetiva resposta frente ao problema de saúde pública relacionado ao impacto do HIV nas prisões, torna-se fundamental que a população encarcerada tenha acesso às ações e serviços de saúde equivalentes ao ofertado à comunidade para a prevenção e controle do agravo (UNODC, 2014).

Sendo assim, no ano de 2014, com objetivo de garantir o direito constitucional à saúde, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da portaria interministerial nº1 de 02 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNAISP prevê a oferta de um cuidado integral, resolutivo e contínuo às pessoas encarceradas, com ênfase no controle e redução dos agravos mais prevalentes no ambiente prisional (BRASIL, 2014a).

O documento revogou a Portaria Interministerial 1.777, de 2003 - Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional – que se configurou como instrumento orientador de ações e serviços para efetivar o acesso à saúde da população prisional nos diferentes níveis de atenção e previa o desenvolvimento de ações e serviços de saúde voltados para prevenção e manejo do HIV/aids, sob responsabilidade dos serviços de saúde prisionais, o desenvolvimento de ações da atenção primária à saúde e a garantia da referência para a rede de atenção secundária e terciária de saúde, quando necessário (BRASIL, 2005).

Segundo a PNAISP (2014), as ações preconizadas no âmbito da APS devem ser ofertadas por equipes inseridas nos serviços de saúde prisionais, que se configuram como um ponto de atenção da RAS, ou por equipes de atenção primária à saúde dos municípios onde as unidades prisionais estão inseridas, enquanto as ações de saúde de maior complexidade devem ser pactuadas no âmbito das RAS em serviços especializados (BRASIL, 2014a). Destaca-se que a adesão à PNAISP pelo estado de São Paulo ocorreu por meio da Portaria 2275 de 17 de outubro de 2014 (BRASIL, 2014b).

As normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS se deu através da Portaria nº. 482, de 1º de Abril de 2014 e determina três faixas de serviços de saúde conformados de acordo com o número e característica da população carcerária, a saber: I. Unidades que contenham até 100 presos custodiados deverão contar com serviços de saúde com funcionamento mínimo de seis horas semanais; II. Unidades prisionais que contenham de 101 a 500 custodiados: serviços de saúde com funcionamento mínimo de 20 horas semanais;

III. Unidades prisionais que contenham de 501 a 1200 custodiados serviços de saúde com funcionamento mínimo de 30 horas semanais (BRASIL, 2014a).

A Portaria ainda define que os serviços de saúde prisional serão prestados por equipes multiprofissionais classificadas em três tipos, considerando o número de presos custodiados, conforme classificação supracitada. A conformação das equipes de saúde prisional está descrita no quadro 2, a seguir.

**Quadro 2.** Composição das Equipes de Saúde Prisional, segundo o número de presos custodiados, 2019.

Número presos custodiados	Tipo de Equipe de Atenção Prisional	Equipe Multiprofissional	Equipes com Saúde Mental Acrescida de no mínimo
≤ 100	I ou I com saúde mental	1. (um) Médico; 1. (um) Enfermeiro; 1. (um) cirurgião dentista; 1. (um) técnico/auxiliar de enfermagem; 1. (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal	1 psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações: assistente social; enfermagem; farmácia; fisioterapia; psicologia; ou Terapia Ocupacional.
≥ 101 ≤ 500	II ou II com saúde mental	1. (um) Médico; 1. (um) Enfermeiro; 1. (um) cirurgião dentista; 1. (um) técnico/auxiliar de enfermagem; 1. (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; 1. (um) assistente social; 1. (um) psicólogo  <b>Acrescido de 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo:</b> Assistente social; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Nutrição; Psicologia; ou Terapia Ocupacional	1 psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental;  2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações: assistente social; enfermagem; farmácia; fisioterapia; psicologia; ou Terapia Ocupacional.
≥ 501 ≤ 1200	III	<b>Mesma composição da Equipe II com Saúde Mental</b>	

**Fonte:** Adaptado de BRASIL. Portaria n°. 482, de 1º de Abril de 2014 (BRASIL, 2014).

A portaria em questão ainda prevê que a composição das Equipes de Saúde Prisional em unidades prisionais que referencie uma população carcerária acima de 1200 presos, terá a equipe acrescida em número de equipes disponíveis para o atendimento integral a saúde das pessoas privadas de liberdade conforme descrito no quadro 3.

**Quadro 3.** Quantidade de equipes habilitadas por tipo de equipe e número de população referenciada.

População referenciada por um serviço	Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo.		
	I	II	III
1 – 100	1	0	0
101 – 500	0	1	0
501 – 1200	0	0	1
1201 – 1300	1	0	1
1301 – 1700	0	1	1
1701 - 2400	0	0	2
2401 - 2500	1	0	2
2501 - 2900	0	1	2
2901 - 3600	0	0	3
3601 - 3700	1	0	3

**Fonte:** BRASIL. Portaria n°. 482, de 1º de Abril de 2014 (BRASIL, 2014).

Considerando que o rol de ações e serviços de saúde a serem ofertados no âmbito das unidades prisionais faz parte das responsabilidades da APS, destaca-se que na revisão das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde (2017) definiu o papel central da APS no acesso às redes de atenção, atuando enquanto unidade ordenadora da RAS e responsável pela integração do cuidado, no vínculo e acolhimento do usuário, devendo garantir a resolutividade de grande parte dos agravos à saúde, ou ainda responsabilizar-se pela referência aos outros pontos de atenção, sendo corresponsável pela saúde da população adscrita (BRASIL, 2017).

Ainda na perspectiva da APS nas unidades prisionais, destaca-se a interface entre o sistema prisional e o próprio sistema de saúde, refletindo a ação conjunta entre o Ministério da Saúde e da Justiça.

Sendo assim, no âmbito da APS, oferta de ações e serviços de saúde às PVHA privadas de liberdade, busca garantir um cuidado integral considerando os aspectos estruturais do cárcere e dos processos de trabalho das equipes de saúde que podem aumentar a

vulnerabilidade dessa população ao adoecimento e morte. Desta forma, este estudo privilegiou o referencial teórico da integralidade do cuidado, um dos atributos da APS para nortear a análise das ações e serviços de saúde ofertados para o cuidado às pessoas que vivem com HIV por equipes de saúde inseridas nas unidades prisionais elencadas para realização do atual estudo.

Ressalta-se que no âmbito da RAS, o cuidado especializado em HIV/aids é realizado em serviços de referência localizados no município de Ribeirão Preto, destaca-se que não foi objeto deste estudo avaliar a assistência prestada nestes serviços, mas sim analisar o cuidado prestado pelas equipes de saúde prisionais, responsáveis pelo elenco de serviços da APS às PVHA na rede de atenção à saúde, considerando o papel da APS no Brasil e sua importância para a nova conformação do modelo de atenção à saúde no cuidado às PVHA.

Sendo assim, é fundamental refletir sobre os direitos garantidos no arcabouço normativo e o descompasso entre as condições estruturais das prisões e a vida dos apenados para, posteriormente, eleger e organizar estratégias que visem à otimização dos serviços de saúde prisional para o manejo do agravo nas prisões. Desta forma, apresentaremos um breve histórico sobre os aspectos do encarceramento brasileiro, em conformidade com a realidade de outros países, e do sistema carcerário paulista, seguido de uma breve revisão da literatura, por meio da análise de normativas internacionais, ratificadas pelo Brasil, que apresentam dispositivos sobre direito à saúde e que tratam, direta ou indiretamente, das pessoas privadas de liberdade para o cuidado das pessoas encarceradas que vivem com HIV/aids.

## **1.1 O encarceramento em massa brasileiro**

Desde a década de 1990, resultante de uma política de estado punitiva, tem-se observado um expressivo aumento da taxa de encarceramento no Brasil. Em pouco mais de uma década, observou-se um aumento de 160%, passando de 135 presos por 100 mil habitantes, em 2001, para 352,6 no ano de 2016. Atualmente, o país conta com cerca de 1.400 estabelecimentos prisionais para o encarceramento de mais de 700 mil pessoas (BORGES, 2018).

É importante destacar que crimes contra a vida humana representam apenas 10% dos encarcerados nas prisões. Grande parte dos apenados, no Brasil, cumpre pena por crime vinculado ao tráfico de droga. O crime hediondo acarreta à pessoa privada de liberdade o aumento de 2/3 da pena, em regime fechado, estendendo, assim, o tempo de permanência nas prisões. O crime contra o patrimônio também se destaca e, na maioria das vezes, o valor

econômico do objeto subtraído é inferior ao custo de manutenção do indivíduo no cárcere (SILVESTRE; MELO, 2018). O grande número de presos provisórios, totalizando 40% da população carcerária em 2016 (INFOPEN, 2016), agrava ainda mais o cenário do encarceramento em massa no país.

### **1.1.1 A finalidade da prisão na história do Brasil**

Ao questionarmos a finalidade das prisões, na contemporaneidade, não devemos desconsiderar algumas reflexões acerca do complexo fenômeno do confinamento e do escopo de direitos, com ênfase, neste trabalho, ao direito à saúde da população carcerária brasileira. Ao mesmo tempo, tal fenômeno deve ser analisado de forma temporal e contextualizado, ou seja, deve-se sempre observá-lo em relação aos momentos históricos e políticos específicos (SILVA, 2015).

No Ocidente, o castigo ou suplício, traduzido por meio da tortura, da escravização, da humilhação pública ou da morte, aplicado aos indivíduos que romperam em distintos graus com o contrato social advém da antiguidade. Neste período, a prisão tinha a função de manter a pessoa excluída do contexto social enquanto aguardava a determinação e a aplicação do castigo (MAIA et al., 2009).

Nos termos de Foucault (2010), o nascimento da prisão, como ambiente de cumprimento de pena, no século XVII, faz parte da constituição do poder disciplinar como fundamento de um processo de normalização social, o qual se relaciona, no contexto europeu, com o desenvolvimento do capitalismo e da sociedade burguesa. O poder de disciplinar se caracteriza por uma técnica positiva de intervenção e controle social, baseada na norma. Nesse sentido, “as disciplinas necessitam de técnicas de classificação e enquadramento dos sujeitos” (FOUCAULT, 2010, p.150), assegurado pela produção de normas que desvaloriza o existente para então “corrigi-lo”.

Cabe ressaltar que as práticas de suplício não desapareceram em sua totalidade, apenas se tornaram mais elaboradas ao transferirem a violência do corpo para o processo de subjetivação do sujeito, com predominância de uma violência simbólica. Embora, ainda se testemunhe nas prisões brasileiras e nas periferias das cidades brasileiras as torturas praticadas por agentes do Estado (BORGES, 2018).

Em sua obra sobre as instituições totais, Erving Goffman (1961) destaca que, embora múltiplas e com distintas finalidades, essas instituições trazem consigo atributos comuns, ao passo que se apropriam do tempo dos indivíduos e possuem distintos graus de fechamento e

de restrições de acesso ao ambiente social externo. Neste grupo, as prisões foram caracterizadas como instituições totais voltadas à proteção da sociedade contra sujeitos considerados perigosos. Nesse sentido, o encarceramento não tem, a priori, a finalidade de garantir o bem estar dos apenados (GOFFMAN, 1961).

O permanente controle e a vigilância das necessidades humanas, o processo de padronização entre os sujeitos, o distanciamento da concepção do “eu” e de experiências culturais prévias à institucionalização (“desculturamento”), bem como as sistemáticas degradações e humilhações acarretam naquilo que Goffman (1961) denominou de “mortificação/mutilação do eu do sujeito” (GOFFMAN, 1961).

Segundo Godoy (2017), na contemporaneidade neoliberal, para além de punir e disciplinar corpos, como analisado por Michel Foucault (2010), a prisão, como um dispositivo estratégico do Estado, exerce a função de gerir e administrar agregados de pessoas e formas de vida, além de regular os fluxos de corpos, objetos e informações dentro das prisões (GODOY, 2017).

Para Borges (2018), a criação da prisão, no Brasil, teve por objetivo corrigir e moldar os corpos de determinados sujeitos: a população negra (64% da população carcerária), jovem (55% da população carcerária) e pobre (BORGES, 2018).

O controle dos corpos negros nas prisões brasileiras tem raízes históricas e advém do período colonial em que a função primeira do sistema penal colonial era a intervenção e o controle de corpos negros escravizados, em duas dimensões: a primeira relacionou-se a um aparato que, pela apropriação dos corpos e a imposição de toda barbárie, objetivou o disciplinamento da mão de obra; a segunda objetivou o controle das fugas e de qualquer forma de luta e resistência empreendida contra a escravidão. Os mecanismos de controle, mais do que manter a população negra na posição da subserviência, deveriam possibilitar que a própria população negra se enxergasse a partir desse espelho, objetivando uma desarticulação simbólica e política no interior desse grupo (FLAUZINA, 2006).

No período do Império (1822-1889), a crise financeira - resultado dos baixos preços do açúcar e do algodão no mercado internacional - e a manutenção da instituição da escravidão formaram o pano de fundo das revoltas populares que questionaram a ordem social das décadas de 30 e 40 do século XIX.

Na Constituição de 1824, em seu art. 179, abolia todas as penas cruéis como forma de garantia da defesa dos direitos dos cidadãos. No mesmo sentido, a legislação criminal significou uma ruptura em relação às penalidades supliciantes da codificação portuguesa por privilegiar a aplicação da pena de privação da liberdade aplicada predominantemente no



Código Criminal. Tal Código, ao apontar as influências de ideais iluministas e procurar substituir a herança colonial trouxe critérios universais - ao menos, na esfera discursiva - para julgar os atos ilícitos, além dos princípios de livre-arbítrio e responsabilidade penal do indivíduo. A prisão, com o objetivo de “recuperação” do criminoso e de diminuição dos atos ilícitos, passou a ser o principal meio de punição. Discursivamente, o castigo deveria ser proporcional ao crime e não um ato de violência do Estado contra o indivíduo (FLAUZINA, 2006).

A mudança no direito penal pautava-se na necessidade de superação das velhas formas de punir do Antigo Regime, centradas em práticas que visavam os corpos dos condenados, a exemplo dos suplícios que se convertiam em espetáculos públicos. Práticas tidas como ineficientes no “controle da criminalidade”, os suplícios deveriam ser substituídos pela pena - privativa de liberdade - que atendessem minimamente aos preceitos humanistas da filosofia iluminista (FLAUZINA, 2006).

Atualmente, a população negra ainda é, desproporcionalmente, sobrerrepresentada dentro do sistema carcerário brasileiro e tem sistematicamente seus direitos violados pelo Estado e por um sistema de justiça que mantém e reproduz as desigualdades sociais, baseadas na hierarquização racial, e aprofunda as vulnerabilidades da população negra, acarretando a morte social dos sujeitos durante e após o encarceramento (BORGES, 2018). Diante disso, compreende-se que o fenômeno de encarceramento em massa de jovens negros e pobres no Brasil (SENHORETTO; SILVESTRE; MELO, 2013) não ocorreu de forma aleatória, ao contrário, representa o efeito histórico da reprodução, pelo direito, em especial, pelo direito penal, do racismo e das desigualdades sociais existentes no país.

Borges (2018) enfatiza ainda a ocorrência de uma interseção entre gênero (observa-se um aumento no número de encarceramento feminino que supera a de homens, além disso, as mulheres são punidas de forma mais rigorosa), raça (negra, a mais afetada pelo sistema prisional), classe (estratos sociais mais desfavorecidos) e sistema prisional (BORGES, 2018).

Para Freitas (2016), embora crível trilhar caminhos para subversão e resistência, é impraticável - sem efetivas mudanças nas políticas de segurança pública e reformas no âmbito do direito penal e processual - discorrer sobre promoção de direitos e igualdade dentro de um sistema carcerário que é intrinsecamente punitivo, violento e que aniquila os apenados (FREITAS, 2016).

A expansão nacional no número de unidades prisionais, por si só, não resolverá o problema da superlotação, torna-se indispensável repensar a articulação entre os três poderes

para políticas de segurança pública que priorizem o desencarceramento em massa e o fortalecimento das penas alternativas (SILVESTRE; MELO, 2018).

Embora a punição, por meio do encarceramento, tenha-se naturalizado no imaginário social, sendo, a priori, improvável sua extinção (BORGES, 2018), é possível apontar, nos últimos anos, incipientes mudanças legislativas de caráter descarcerizante. Entre elas, destaca-se a Lei nº 12.403/11, que torna viável a decretação de inúmeras medidas cautelares distintas do aprisionamento e a implementação das Audiências de Custódias, instrumento processual no qual toda pessoa presa em flagrante deve ser encaminhada, no prazo de 24h, ao juiz para deliberação sobre a necessidade de manutenção da prisão. Essas iniciativas podem contribuir para alterações no curso do encarceramento em massa no país (SILVESTRE; MELO, 2018).

### **1.1.2 A realidade do Sistema Carcerário do estado de São Paulo**

Para retratar a experiência de encarceramento em massa, tomar-se-á como exemplo o estado de São Paulo, que, atualmente, apresenta a maior população prisional brasileira, com 33% dos encarcerados do país. O Sistema Prisional paulista está sob a gestão da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP), órgão criado em 1993 após o Massacre do Carandiru, ocorrido no ano de 1992 e na Casa de Detenção de São Paulo, no qual 111 presos foram mortos por forças policiais (GODOY, 2017).

Atualmente, o estado conta com uma das maiores taxas de encarceramento (503 presos por 100 mil habitantes). Ao se analisar a política de expansão do sistema carcerário paulista, verifica-se uma descentralização, com aumento do número de prisões pelo estado, e uma interiorização e desterritorialização, ao passo que, comumente, se observam transferências diárias de presas e de presos pelas unidades espalhadas pelo estado. Cabe destacar que houve um acelerado crescimento do número de unidades e da população carcerária nos últimos 20 anos, considerando que o estado possuía apenas 43 unidades no ano de 1996 e atualmente conta com 171 unidades prisionais espalhadas por diversas cidades, desde a região metropolitana de São Paulo e interior paulista (GODOY, 2017; SILVESTRE; MELO, 2018).

No entanto, o crescimento do sistema prisional paulista não foi acompanhado pela expansão dos serviços prisionais ou pelo aumento de políticas públicas para a garantia dos direitos da população carcerária. Além disso, identifica-se um considerável déficit no número de profissionais de segurança, saúde e educação (SILVESTRE; MELO, 2018).

Ademais, expansão do número de unidades prisionais e da população carcerária paulista testemunhou o fortalecimento e a nacionalização do PCC (Primeiro Comando da Capital), facção criminosa, presente dentro de 90% das prisões paulistas. Importantes trabalhos têm demonstrado a importância do PCC, que compartilha a gestão das instituições prisionais com o Estado e regula as dinâmicas e relações cotidianas entre os presos. Ressalta-se, ainda, que a presença do PCC não mais se restringe ao estado, sendo identificada sua presença em prisões localizadas em 27 estados brasileiros (GODOY, 2017; SILVESTRE; MELO, 2018).

A expansão das facções criminosas nas prisões suscita uma reflexão sobre as fragilidades do Estado em relação à responsabilidade de custodiar os presos na perspectiva de um efetivo processo de ressocialização das pessoas privadas de liberdade.

## **1.2 O direito humano à saúde da população prisional**

A saúde como direito pode ser vislumbrada nos textos dos principais documentos internacionais dos direitos humanos. Para este estudo, realizou-se uma revisão a partir da leitura das normativas e recomendações dos seguintes documentos contidas no documento intitulado: “Direitos Humanos: atos internacionais e normas correlatas” (coletânea de tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil) (BRASIL, 2013) de modo a privilegiar a análise de normativas internacionais, ratificadas pelo Brasil, que apresentam dispositivos sobre direito à saúde e que tratam, direta ou indiretamente, das pessoas privadas de liberdade. Após a leitura cuidadosa do referido documento, os dispositivos relacionados ao direito à saúde e/ou às pessoas privadas de liberdade foram sistematizados e analisados com o auxílio da literatura sobre o tema.

O quadro 4 apresenta uma síntese dos principais dispositivos de normas internacionais específicas para pessoas privadas de liberdade: Regras Mínimas das Nações Unidas para Tratamento de Presos (1955), revisto em 2015; bem como de normas pertinentes ao direito à saúde de abrangência universal (Sistema ONU): Pacto Internacional sobre direitos políticos e civis (1966), ratificado em 1992; Pacto Internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais (1966), ratificado em 1992; Convenção contra tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (1984), ratificado em 1989; Convenção de Viena sobre Relações Consulares, ratificado em 1967; Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento (1986); Convenção para a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra as mulheres (1979), ratificada em 1981; Declaração sobre a eliminação da violência contra as

mulheres (1993); Declaração de Pequim adotada pela 4ª conferência sobre as mulheres (1995); recomendações n.º 33 e 35 do Comitê CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher) (BRASIL, 2013)

O quadro 5 descreve os dispositivos de normativas do sistema interamericano de direitos humanos, de abrangência regional: princípios e boas práticas para proteção das pessoas privadas de liberdade nas Américas (2009); Convenção Americana de Direitos Humanos (1969), ratificada em 1992; Convenção Interamericana para prevenir e punir tortura (1985), ratificada em 1989 (BRASIL, 2013).

O quadro 6 descreve as principais normativas nacionais que fundamentam a garantia de direitos da pessoa privada de liberdade no Brasil: A Constituição Federal de 1988; Lei de Execução Penal (Lei 7.210/84); Decreto Federal n.º 8.154/2013. Ressalta-se que a Portaria Interministerial n.º 1 de 02 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Portaria Interministerial n.º 1.777, de 2003 - Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional revogada pela PNAISP em 2014 já foram citadas na introdução da presente tese.

## **1.2.1 Fundamentos e princípios dos direitos humanos**

Compreender os sentidos e a potencialidade do reconhecimento do direito à saúde como um direito humano requer o entendimento dos princípios e fundamentos que orientam a estrutura internacional dos mesmos. Os direitos humanos, em sua dimensão contemporânea, possuem como princípios universalidade, irrenunciabilidade, integralidade, interdependência e a exigibilidade jurídica (PIOVESAN, 2005).

O princípio da universalidade estabelece que os direitos humanos são faculdade e atributos inerentes a todo ser humano, sem qualquer distinção, na medida em que são derivados da própria dignidade dos sujeitos. Assim, os direitos humanos não surgem do direito de ser nacional de um Estado particular (PIOVESAN, 2005; PIOVESAN, 2011).

O princípio da abrangência dos direitos humanos salienta que toda pessoa tem o direito de desfrutar de todos os direitos e que a garantia de um direito supõe a garantia de todos os outros direitos humanos. Ou seja, a violação ou desrespeito a um dos direitos acarreta na violação ou desrespeito ao restante. Por isso, na Declaração Universal dos Direitos Humanos observa a indivisibilidade e interdependência destes direitos (PIOVESAN, 2005; PIOVESAN, 2011; FACIO, 2014).

A Conferência Mundial de Direitos Humanos (1993), em Viena, afirmou a esfera internacional e complementaridade solidária entre as dimensões de direitos humanos: civis, políticos, sociais e culturais. A Declaração de Viena consagrou, assim, a universalidade dos direitos humanos (ALVES, 2003).

Além disso, o Direito Internacional dos Direitos Humanos endossa o princípio *pro persona*, que consiste em se aplicar a norma mais favorável para a proteção para a pessoa humana. O Direito Internacional dos Direitos Humanos contém diversos dispositivos que confirmam este princípio geral. A autora Facio (2014) destaca, como exemplo, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos que estabelece a impossibilidade de concessão de direito a estados, grupos e/ou indivíduos às práticas que violem direitos e liberdades humana reconhecidos pelo Pacto (ONU, 1966).

Desta forma, está implícito o denominado “Princípio do Não Retrocesso”, que proíbe adotar medidas regressivas ou restritivas de direitos já consagrados. Tal princípio foi reconhecido nos primeiros instrumentos de direitos humanos. A partir dessa perspectiva, os direitos humanos já consagrados não pretendem esgotar seu âmbito de proteção e nenhuma disposição normativa deve reduzir a proteção mais ampla oferecida pelo direito interno ou pelo direito internacional. Dessa maneira, todas as medidas políticas, legislativas e judiciárias deverão seguir em direção a proporcionar um maior alcance e amplitude ao direito reconhecido (FACIO, 2014).

O Princípio de Progressividade dos Direitos encontra-se intimamente vinculado, não apenas com o Princípio *pro persona*, como também com o critério de interpretação dinâmica e evolutiva que “confere aos tratados de direitos humanos o caráter de instrumentos vivos” (FACIO, 2014, p. 49). Desde o início, o princípio da Progressividade implicou o estabelecimento de um padrão mínimo, a partir do qual se considera o aumento de proteção dos direitos, ao mesmo tempo, em que se estabelece a proibição de retrocesso desse nível de proteção já consagrado pelos Estados. Importante observar que tanto a Corte Interamericana de Direitos Humanos como a Corte Europeia de Direitos Humanos sublinharam esse caráter dos tratados de direitos humanos, cuja interpretação tem que acompanhar a evolução dos tempos e as condições de vida dos sujeitos (FACIO, 2014).

O marco contemporâneo dos direitos humanos tem o direito à igualdade e não discriminação como um dos seus eixos estruturantes. Nos instrumentos internacionais de direitos humanos, a igualdade faz alusão a valores e objetivos que precisam ser alcançados por meio de um conjunto de medidas concretas (FACIO, 2014; SEVERI, 2016). A CEDAW e seu Comitê afirmam a igualdade como um direito humano composto por distintos elementos:

a igualdade como dimensão formal, substantiva e de resultados; a igualdade como não discriminação e a igualdade como responsabilidade do Estado (SEVERI, 2016).

O objetivo é, concomitantemente, promover os direitos humanos na busca da igualdade de reprimir quaisquer discriminações nos Estados Partes. O direito à igualdade e não discriminação, entendido como direito humano, implica três níveis de obrigações aos Estados, quais sejam: respeitar; proteger; e garantir cada direito (FACIO, 2014).

Respeitar um direito significa que o Estado não deve violar diretamente um direito e deve reconhecê-lo em sua legislação. Proteger um direito implica em promulgar todas as leis necessárias para salvaguardá-los. Por fim, garantir um direito diz respeito à incorporação de medidas necessárias e criação de instituições, procedimentos e formas de distribuição de recursos para que todas as pessoas possam usufruir dos direitos, sem discriminação (FACIO, 2014). Esses três níveis devem ser satisfeitos com base no princípio da devida diligência, ou seja, na responsabilidade internacional dos Estados Partes em garantir e proteger o direito à igualdade e não discriminação (FACIO, 2014).

Cabe observar que compreender os direitos humanos, em sua dimensão contemporânea, significa refletir sobre os limites de acesso e de garantia dos mesmos a determinados sujeitos. Assim, cabe acionar as reflexões de Lynn Hunt (2009, p.24), que afirma que “os direitos humanos são difíceis de determinar porque sua definição, e na verdade, sua própria existência depende tanto das emoções quanto da razão”. Para ter direitos humanos, os sujeitos deveriam ser vistos como indivíduos autônomos, capazes de exercer um julgamento moral, livre e dotado de discernimento (HUNT, 2009).

A noção de humanidade concebida no interior da tradição política e filosófica iluminista, do século XVIII, e materializada na Declaração Universal do Homem (1789) teve como base valores políticos universais de igualdade, autonomia individual, razão e de liberdade, todos atrelados à noção de humanidade. No entanto, nem todas as pessoas eram (ou são) imaginadas como autônomas ou capazes de decidir por si mesma. Diante disso, no interior da tradição moderna de direitos humanos, esses valores ficaram restritos a uma pequena parcela de indivíduos (homens brancos, cristãos e proprietários), e fundamentaram-se, sobretudo, na exclusão de outros. (HUNT, 2009).

Ao mesmo tempo, os séculos XIX e XX presenciaram importantes manifestações políticas e sociais que reivindicaram a ampliação da noção de humanidade que marcou a emergência da narrativa dos direitos humanos. Diferentes movimentos sociais – movimento sindical; de mulheres; movimentos negros; Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais

ou Transgêneros (LGBTs), entre outros – lutaram por direitos e pela ampliação da cidadania em diferentes países do mundo (MISKOLCI, 2010).

As últimas décadas marcaram o momento em que a luta política de diferentes países mostraram os limites do discurso hegemônico dos direitos humanos em proteger determinados sujeitos “menos humanos”: mulheres, pobres, negros e LGBTs, sujeitos privados de liberdade das violações cotidianas de direitos que atravessam suas experiências (SEVERI, 2016; 2017). Diante disso, é importante compreender a narrativa dos direitos humanos - criada em um contexto histórico e político específico e materializada nas normas e convenções descritas na seção seguinte deste capítulo - de forma crítica. É necessário analisar as normativas de direitos humanos como resultados de disputas e embates presentes nas sociedades contemporâneas.

### **1.2.2 As normativas que fundamentam o direito humano à saúde da população prisional**

No contexto do Pós-segunda guerra, a tradição humanista ocidental sofreu importante comoção e, em meio às incertezas e medo da decadência dos ideais humanistas, uma comissão da Organização das Nações Unidas (ONU) redigiu a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Destaca-se que o termo *humano* foi priorizado pela participação das mulheres na comissão que redigiu o documento, apontando, na época, para a importância da linguagem e a incorporação da crítica feminista à utópica neutralidade de gênero no âmbito legal (MISKOLCI, 2010).

Nos termos de Piovesan (2005)

(...) a Declaração de 1948 introduz extraordinária inovação ao conter uma linguagem de direitos até então inédita. Combinando o discurso liberal da cidadania com o discurso social, a Declaração passa a elencar tantos direitos civis, políticos (art. 3º a 21) como direitos sociais, econômicos e culturais (art. 22 a 28) (p.133).

A Declaração, ao conjugar o valor da liberdade com o da igualdade, inovou substancialmente a visão acerca dos direitos, uma vez que introduziu a chamada concepção contemporânea de direitos humanos, marcados pela unidade, universalidade, indivisibilidade e interdependência, representando importante avanço político e normativo. O instrumento normativo inaugurou a primeira fase contemporânea dos direitos humanos, a qual, por sua vez, possibilitou o início da formação de um sistema internacional de proteção desses direitos, de âmbito global e regional, como também de âmbito geral e específico (PIOVESAN, 2005).

Na Declaração de 1948, o reconhecimento do direito à saúde era indireto, decorria do próprio direito à vida destacando que toda pessoa deve ter assegurado para si e para sua família o direito à saúde e bem-estar social, considerando o direito, dentre outros, à saúde, alimentação e serviços sociais. A percepção da saúde na Declaração é ampla e quanto à sua efetivação, já no preâmbulo, faz referência à necessidade de os países cooperarem com a Organização das Nações Unidas (ONU, 1948).

Destaca-se que a exigência de cooperação dos países membros para efetivação dos direitos elencados no documento se trata de um elemento reconhecido pelo direito internacional para efetivação dos direitos enunciados.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos representou um avanço jurídico e político importante. Embora haja o entendimento de que a Declaração não possuía força normativa de um tratado internacional por ser uma resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas, afirma-se que, “como um direito costumeiro internacional tem cumprimento obrigatório” (SEITENFUS; VENTURA, 2006, p. 59). Para tal, tem-se a celebração de dois importantes pactos internacionais no âmbito da ONU: o Pacto Internacional de direitos civis e políticos e o Pacto Internacional de direitos econômicos, sociais e culturais (SEITENFUS; VENTURA, 2006).

O Pacto Internacional de direitos civis e políticos também disciplina, de forma indireta, o direito humano à saúde. O direito à saúde está atrelado à vida e à integridade humanas (art. 7º e art. 10, I) ou refere-se a uma limitação, de ordem pública, ao exercício de outros direitos humanos (art.12. I) (ONU, 1966).

O Pacto Internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais prevê de maneira mais direta e abrangente a saúde como um direito humano, especificando o direito de toda pessoa desfrutar o mais alto nível de saúde física e mental. O dispositivo prevê, ainda, que é dever do Estado, por meio de medidas que se façam necessárias, garantir a prevenção de doenças e o acesso à saúde. Da mesma forma, a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, em seu artigo 8º, confirma a necessidade de os Estados Partes tomarem todas as medidas necessárias para a concretização do direito à saúde, compreendido como essencial para o desenvolvimento econômico e social (ONU, 1966a).

O direito à saúde relaciona-se, assim, de forma intrínseca, à garantia da inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, bem como à integridade física, mental e moral. Nesse sentido, diferentes instrumentos internacionais - como a Convenção Interamericana para prevenir e punir tortura (artigo 10º) e Convenção Americana de direitos humanos (artigo 5º) - disciplinam de forma explícita a proibição da tortura (BRASIL, 2013).



A Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes, e seu artigo 1º, prevê que o termo tortura designa:

qualquer ato pelo qual uma violenta dor ou sofrimento, físico ou mental, é infligido intencionalmente a uma pessoa, com o fim de se obter dela ou de uma terceira pessoa informações ou confissão; de puni-la por um ato que ela ou uma terceira pessoa tenha cometido, ou seja suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir ela ou uma terceira pessoa; ou por qualquer razão baseada em discriminação de qualquer espécie, quando tal dor ou sofrimento é imposto por um funcionário público ou por outra pessoa atuando no exercício de funções públicas, ou ainda por instigação dele ou com o seu consentimento ou aquiescência (ONU, 1984).

Compreende-se, assim, que a tortura é precisamente a violação deliberada da saúde física ou psicológica, de acordo com o conceito de tortura adotado pela Convenção, a qual veda, de forma absoluta, tal prática. Além disso, disciplina, que os Estados Partes devem assegurar a educação e a informação referentes à proibição contra a tortura sejam incluídas na capacitação de qualquer pessoa que possa estar envolvida no tratamento de pessoas privadas de liberdade (ONU, 1984).

Da mesma forma, o texto constitucional, assegura, como direito fundamental, que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante, destacando o respeito à integridade física e moral dos presos (ONU, 1984).

A segunda fase do sistema de proteção internacional de direitos humanos marcou, ainda, a criação de importantes instrumentos normativos de direitos humanos das mulheres, comprometidos com a eliminação de relações de subordinação e desigualdades motivadas por questões de gênero - e articuladas com outras categorias como raça-etnia, classe social, sexualidade, origem territorial, entre outras. Entre esses instrumentos, destaca-se a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (Convenção CEDAW) (SEVERI, 2017).

Convém mencionar que a formulação de instrumentos de direito humanos das mulheres é resultante da luta política dos feminismos, em especial, ao longo do século XX, que evidenciou que as mulheres, embora, formalmente presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos como “pessoas” ou “seres humanos”, titulares genéricos de direitos, do ponto de vista substancial de garantia dos direitos humanos permaneciam ausentes (SEVERI, 2016). Ou seja, a construção de uma estrutura política e normativa internacional de direitos humanos, a partir de meados do século XX, não foi suficiente para dar conta da proteção de mulheres e de sujeitos subalternizados, visto que não fora pensada de forma a possibilitar tal proteção (SEVERI, 2016).

Ao longo das últimas décadas, tanto em convenções, como no campo das organizações de direitos humanos, desenvolveu-se um consenso de que os direitos humanos das mulheres não deveriam ser limitados apenas às situações nas quais seus problemas, dificuldades e vulnerabilidades se assemelhassem às experiências dos homens. A ampliação dos direitos humanos das mulheres tornou-se mais evidente nas determinações referentes à incorporação da perspectiva de gênero das conferências mundiais de Viena (1993) e de Pequim (1995) (SEVERI, 2017). Assim, ao mesmo tempo em que a diferença deixou de ser uma justificativa para a exclusão do gênero da narrativa de direitos humanos, “ela, em si mesma, passou a servir de apoio à própria lógica de incorporação de uma perspectiva de gênero” (CRENSHAW, 2002, p. 172).

Diante disso, a igualdade de condições no acesso, gozo e exercício de direito entre homens e mulheres, e entre as mulheres, sem qualquer tipo de discriminação é o principal compromisso assumido pelos Estados Parte com a ratificação da CEDAW, que determina que os mesmos devam eliminar toda forma de discriminação contra as mulheres na esfera dos cuidados e do acesso à saúde, bem como observar os direitos reprodutivos das mulheres, lhes assegurando adequada nutrição durante a gravidez e lactação (ONU, 1979).

A Declaração sobre Eliminação da violência contra as mulheres e a Declaração de Pequim afirmaram o direito das mulheres à proteção das liberdades fundamentais e do gozo do melhor estado de saúde física e mental, bem como a autonomia no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, compreendido como o “exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da contracepção autodecidida” (LEMOS, 2014, p.245). A Declaração de Pequim ressalta a importância da educação na garantia do direito à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas (ONU, 1995).

A Recomendação Geral n.º 35 do Comitê CEDAW (2017) sobre violência de gênero contra as mulheres também contemplou as violações aos direitos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, tais como a esterilização forçada, a gravidez forçada, a criminalização do aborto, abusos e maus-tratos a mulheres e meninas que buscam informações, bens e serviços sobre saúde sexual e reprodutiva, entre outras, como formas de violência de gênero contra as mulheres (ONU, 2017).

A Recomendação Geral n.º 33 do Comitê CEDAW, sobre acesso das mulheres à justiça (quadro 4), estabelece a prisão como medida excepcional e prevê que os Estados Partes adotem mecanismos para proteção especial às mulheres privadas de liberdade (ONU, 2015).

Entre as medidas indicadas na Recomendação acima descrita encontra-se a capacitação obrigatória, periódica e eficaz, a educação e o treinamento para membros do

poder judiciário e dos profissionais de saúde, em particular na área da saúde sexual e reprodutiva, especialmente em serviços para a prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e HIV, e para todo o pessoal educacional, social e de bem-estar, particularmente aqueles que trabalham com mulheres em instituições, dentre estas, as prisões, a fim de qualificá-los e prepara-los para prevenir e combater adequadamente a violência de gênero contra as mulheres.

Com relação ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, destacam-se, ainda, três instrumentos internacionais: Convenção de Viena sobre Relações Consulares (ONU, 1963); as Regras Mínimas das Nações Unidas para tratamento de presos, conhecido, atualmente, como Regras de Mandela (ONU, 2015), e; Os Princípios e Boas Práticas para a Proteção das Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas, de abrangência regional (OEA, 2008).

As Regras de Mandela, ao atualizar o documento original, oferece balizas para a estruturação dos sistemas penais nos diferentes países do mundo. Em referência à Resolução nº. 69/172/2014, intitulada Direitos Humanos e a Administração da Justiça, da Organização das Nações Unidas (ONU), a normativa reconheceu a importância do princípio de que as pessoas privadas de liberdade devem ter seus direitos humanos e liberdades fundamentais irrevogáveis. Nesse sentido, as normas previstas no documento em questão buscam a melhoria das condições do sistema carcerário e a garantia do tratamento digno oferecido às pessoas privadas de liberdade (OEA, 2008).

Em seus princípios básicos, o documento afirma que os objetivos de uma sentença de encarceramento ou medida restritiva de liberdade são de proteger a sociedade contra a criminalidade e de reduzir a reincidência (regra 4) (OEA, 2008). Assim, observa que esses objetivos só podem ser alcançados mediante a efetiva reintegração dos sujeitos e os Estados devem garantir toda assistência necessária para alcançar esse fim (OEA, 2008).

Entre as formas de assistência, o documento privilegia, em suas regras (13, 18 e 19), a acomodação adequada dos espaços e ambientes existentes nas unidades prisionais (regra 13), inclusive com acomodação especial nas unidades prisionais femininas para o cuidado e o tratamento pré e pós-natal (regra 28); a limpeza e higiene pessoal (regra 18); fornecimento de vestuários apropriados, que devem estar limpas e não devem ser degradantes (regra 19); e o acesso a uma alimentação de qualidade e adequada à saúde (regra 22) (OEA, 2008).

As Regras de Mandela estabelecem ainda que os serviços médicos oferecidos ao preso são de responsabilidade do Estado (regra 24) e que os serviços de saúde devem ser organizados conjuntamente com a administração geral da saúde pública, garantindo a

continuidade de tratamento e da assistência, inclusive nos casos de HIV, tuberculose e outras doenças infecciosas. Disciplina, ainda, a necessidade de toda unidade prisional contar com um serviço de saúde integral, que assegure o pronto acesso à assistência médica em casos urgentes (regra 26) e o atendimento pediátrico, nas unidades prisionais que abrigam filhos de detentos(as) (regra 29); o serviço de saúde deve ser composto por equipe interdisciplinar (regra 25) (OEA, 2008).

Cabe observar ainda que a normativa prevê como obrigação do serviço de saúde o exame, a identificação e a avaliação de todas as pessoas privadas de liberdade (tão logo cheguem à unidade prisional) de quaisquer maus tratos físicos ou estresses psicológico, ocasionados pelo sistema prisional (regras 30, 31 e 33). Além disso, toda unidade prisional deve oferecer atividades recreativas e culturais em benefício da saúde física e mental dos presos (regra 105) (OEA, 2008).

O exame médico apropriado deve ser oferecido a uma pessoa detida logo após admissão em um estabelecimento prisional, conforme previsto na Convenção de Viena sobre Relações Consulares (artigo 24), que busca disciplinar a medida punitiva de privação de liberdade para cidadãos estrangeiros presos (OEA, 2008).

Segundo as Regras de Mandela, aqueles indivíduos considerados imputáveis ou que posteriormente forem diagnosticados com deficiência mental e/ou problemas de saúde severos, para os quais o encarceramento significaria um agravamento de sua condição, estes não devem ser detidos em unidades prisionais (regra 109) (OEA, 2008).

O direito à saúde deve ser garantido em observância a outros direitos, como o direito à autonomia do preso, à confidencialidade da informação médica (regra 32). Da mesma forma, as precauções fixadas para proteger a segurança e saúde dos trabalhadores livres devem ser igualmente observadas nas unidades prisionais (regra 101) (OEA, 2008).

Com relação aos profissionais de saúde, tal normativa impede qualquer papel na imposição de sanções disciplinares ou outras medidas restritivas (regra 46.1). Além disso, destaca-se que a equipe de saúde deve reportar, prontamente, ao diretor qualquer efeito colateral causado pelas sanções disciplinares (regra 46.2) (OEA, 2008).

Na perspectiva dos direitos humanos, no âmbito internacional, há também importantes recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre as quais as Diretrizes Consolidadas sobre Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidados em HIV para Populações-chave. Tais diretrizes destinam-se a organizações comunitárias e da sociedade civil organizada e aos gestores de programas de HIV e outros tomadores de decisão responsáveis pelas políticas, programas e serviços de saúde, incluindo os responsáveis pelas

políticas de saúde no âmbito do sistema prisional e tem como objetivo superar obstáculos à adoção de serviços - incluindo a exclusão social e marginalização, a criminalização, o estigma e a desigualdade - por meio da formulação e do cumprimento de leis antidiscriminatórias e de proteção em conformidade com as normas internacionais de direitos humanos (BRASIL, 2014).

Assim, as Diretrizes, acima mencionada, reconhecem a importância da criação de estratégias, atividades e abordagens que visem melhorar a acessibilidade, aceitabilidade, a captação e a cobertura equitativa e eficiente das intervenções e dos serviços em HIV (BRASIL, 2014).

No âmbito regional, Os Princípios e Boas Práticas para a Proteção das Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas (OEA, 2009) é a principal normativa relacionada ao direito à saúde da pessoa privada de liberdade. Em seus princípios gerais, estabelece a excepcionalidade da medida de privação de liberdade. Também estabelece o direito à saúde como “o gozo do mais alto nível possível de bem-estar físico, mental e social”, o qual inclui atendimento médico, psiquiátrico e odontológico adequado, o tratamento idôneo e imparcial, bem como a implantação de programas de educação e promoção de saúde, imunização, prevenção e tratamento de doenças infecciosas, entre outras (OEA, 2009).

Assim, como as Regras de Mandela, disciplina o direito à saúde nas seguintes dimensões: confidencialidade da informação médica; autonomia dos pacientes no que tange a sua própria saúde; e o consentimento fundamentado na relação entre médico e paciente. Outro direito garantido é o reconhecimento da liberdade e pluralidade religiosa, respeitando-se os direitos dos demais ou os limites para a proteção da saúde pública (OEA, 2009).

A normativa em questão prevê, ainda, em conformidade com os direitos humanos das mulheres e a Recomendação do Comitê CEDAW, que mulheres e meninas privadas de liberdade terão o direito de acesso a atendimento médico especializado, de modo a observar, de forma adequada, as suas necessidades pertinentes à saúde reprodutiva. Dessa forma, a normativa também disciplina a necessidade de os estabelecimentos de privação de liberdade para mulheres e meninas dispor de instalações especiais e recursos apropriados para o tratamento de mulheres grávidas ou que tenham dado à luz (OEA, 2009).

No âmbito nacional, além da já supracitada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) há uma série de normativas que estão em consonância com os fundamentos e as diretrizes existentes no âmbito internacional de direitos humanos.

A Constituição Federal (CF) de 1988 (art. 3º) estabelece que o estado deva promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, incluindo-se, portanto, as pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 1988).

No artigo 5º da CF/88 destaca-se a garantia de que ninguém seja submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante (inciso III). Nesse sentido, há a expressa proibição de penas cruéis, de banimento, morte, de caráter perpétuo (art.5º, XLVII). Destaca-se ainda, como direito fundamental às mulheres privadas de liberdade, o provimento das condições necessárias para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação (art.5º, L) (BRASIL, 1988).

O direito à saúde no texto constitucional (artigos 6º e 196), também contemplado na Lei de Execução Penal (LEP) (7.210/84), prevê a assistência à saúde ao preso e compreende o atendimento médico, farmacêutico e odontológico (art.14) (BRASIL, 1988). A LEP aponta que quando o estabelecimento penal não reunir as condições necessárias para prover a assistência médica, esta deverá ser prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento (art.14 § 2º). Além disso, é garantida ao preso a liberdade de contratar médico de confiança pessoal por seus familiares ou dependentes, a fim de orientar e acompanhar o tratamento em saúde (art.43). Em relação às mulheres privadas de liberdade, a LEP assegura o acompanhamento médico, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido (BRASIL, 1984).

Em 2013, o Decreto federal n. 8154 dispôs sobre o funcionamento do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e sobre a composição e o funcionamento do Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT). O CNPCT, órgão integrante da estrutura da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, avança em termos de proteção de direitos, ao fomentar e fortalecer a participação e o controle social. Entre seus objetivos destaca-se: articular ações, projetos e planos entre entes federados; esferas de poder; órgãos responsáveis pela segurança pública, pela custódia de pessoas privadas de liberdade, por locais de internação de longa permanência e pela proteção de direitos humanos (BRASIL, 2014).

**Quadro 4.** Revisão sobre normativa Sistema Internacional de Direitos Humanos: Direito à Saúde e Pessoa Privada de Liberdade, Ribeirão Preto, 2019.

CONVENÇÕES ESPECÍFICAS PARA PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE			
REGRAS MÍNIMAS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA TRATAMENTO DE PRESOS (1955)			
(Regras de Mandela – Revisão 2015)			
ÂMBITO	MATÉRIA	ART.	TEMA
<b>INTERNACIONAL</b>  <b>(SISTEMA ONU)</b>  <b>Comissão sobre</b> <b>Prevenção ao Crime e</b> <b>Justiça Criminal</b>	Princípios básicos	Regra 4	Os objetivos de uma sentença de encarceramento ou de medida similar restritiva de liberdade são, prioritariamente, de proteger a sociedade contra a criminalidade e de reduzir a reincidência. Tais propósitos só podem ser alcançados se o período de encarceramento for utilizado para assegurar, na medida do possível, a reintegração de tais indivíduos à sociedade após sua soltura, para que possam levar uma vida autossuficiente, com respeito às leis. 2. Para esse fim, as administrações prisionais e demais autoridades competentes devem oferecer educação, formação profissional e trabalho, bem como outras formas de assistência apropriadas e disponíveis, inclusive aquelas de natureza reparadora, moral, espiritual, social, esportiva e de saúde. Tais programas, atividades e serviços devem ser oferecidos em consonância com as necessidades individuais de tratamento dos presos.
	Acomodações	Regra 13	Todos os ambientes de uso dos presos e, em particular, todos os quartos, celas e dormitórios, devem satisfazer as exigências de higiene e saúde, levando-se em conta as condições climáticas e, particularmente, o conteúdo volumétrico de ar, o espaço mínimo, a iluminação, o aquecimento e a ventilação.
	Higiene Pessoal	Regra 18	1. Deve ser exigido que o preso mantenha sua limpeza pessoal e, para esse fim, deve ter acesso a água e artigos de higiene, conforme necessário para sua saúde e limpeza. 2. A fim de que os prisioneiros possam manter uma boa aparência, compatível com seu autorrespeito deve ter à disposição meios para o cuidado adequado do cabelo e da barba, e homens devem poder barbear-se regularmente
	Vestuários Próprios e roupa de cama	Regra 19	Todo preso que não tiver permissão de usar roupas próprias deve receber roupas apropriadas para o clima e adequadas para mantê-lo em boa saúde. Tais roupas não devem, de maneira alguma, ser degradantes ou humilhantes. 2. Todas as roupas devem estar limpas e ser mantidas em condições adequadas. Roupas íntimas devem ser trocadas e lavadas com a frequência necessária para a manutenção da higiene
	Alimentação	Regra 22	1. Todo preso deve receber da administração prisional, em horários regulares, alimento com valor nutricional adequado à sua saúde e resistência, de qualidade, bem preparada e bem servida. 2. Todo preso deve ter acesso a água potável sempre que necessitar.
	Serviço de Saúde	Regra 24	1. O provimento de serviços médicos para os presos é uma responsabilidade do Estado. Os presos devem usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade, e os serviços de saúde necessários devem ser gratuitos, sem discriminação motivada pela sua situação jurídica 2. Os serviços de saúde serão organizados conjuntamente com a administração geral da saúde pública e de forma a garantir a continuidade do tratamento e da assistência, inclusive nos casos de HIV, tuberculose e outras doenças infecciosas, abrangendo também a dependência às drogas.

<b>INTERNACIONAL</b> <b>(SISTEMA ONU)</b> <b>Comissão sobre</b> <b>Prevenção ao Crime e</b> <b>Justiça Criminal</b>	Serviço de Saúde	Regra 25	<p>1. Toda unidade prisional deve contar com um serviço de saúde incumbido de avaliar, promover, proteger e melhorar a saúde física e mental dos presos, prestando particular atenção aos presos com necessidades especiais ou problemas de saúde que dificultam sua reabilitação.</p> <p>2. Os serviços de saúde devem ser compostos por equipe interdisciplinar, com pessoal qualificado suficiente, atuando com total independência clínica, e deve abranger a experiência necessária de psicologia e psiquiatria. Serviço odontológico qualificado deve ser disponibilizado a todo preso.</p>
		Regra 26	<p>1. Os serviços de saúde devem elaborar registros médicos individuais, confidenciais e precisos e mantê-los atualizados para todos os presos, que a eles devem ter acesso garantido, sempre que solicitado. O preso poderá indicar uma terceira parte para acessar seu registro médico</p> <p>2. O registro médico deve ser encaminhado para o serviço de saúde da unidade prisional para a qual o preso for transferido, e estar sujeito à confidencialidade médica.</p>
		Regra 27	<p>1. Todos os estabelecimentos prisionais devem assegurar o pronto acesso a atenção médica em casos urgentes. Os presos que necessitem de tratamento especializado ou de cirurgia devem ser transferidos para instituições especializadas ou hospitais civis. Se as unidades prisionais possuírem instalações hospitalares, devem contar com pessoal e equipamento apropriados para prestar tratamento e atenção adequados aos presos a eles encaminhados.</p> <p>2. As decisões clínicas só podem ser tomadas pelos profissionais de saúde responsáveis, e não podem ser modificadas ou ignoradas pela equipe prisional não médica.</p>
		Regra 28	<p>Nas unidades prisionais femininas, deve haver acomodação especial para todas as necessidades de cuidado e tratamento pré e pós-natais. Devem-se adotar procedimentos específicos para que os nascimentos ocorram em um hospital fora da unidade prisional. Se a criança nascer na unidade prisional, este fato não deve constar de sua certidão de nascimento.</p>
		Regra 29	<p>1. A decisão de permitir uma criança de ficar com seu pai ou com sua mãe na unidade prisional deve se basear no melhor interesse da criança. Nas unidades prisionais que abrigam filhos de detentos, providências devem ser tomadas para garantir:</p> <p>(b) Serviços de saúde pediátricos, incluindo triagem médica, no ingresso e monitoramento constante de seu desenvolvimento por especialistas.</p>
		Regra 30	<p>Um médico, ou qualquer outro profissional de saúde qualificado, seja este subordinado ou não ao médico, deve ver, conversar e examinar todos os presos, assim que possível, tão logo sejam admitidos na unidade prisional, e depois, quando necessário. Deve-se prestar especial atenção a:</p> <p>(a) Identificar as necessidades de atendimento médico e adotar as medidas de tratamento necessárias;</p> <p>(b) Identificar quaisquer maus-tratos a que o preso recém-admitido tenha sido submetido antes de sua entrada na unidade prisional;</p> <p>(c) Identificar qualquer sinal de estresse psicológico, ou de qualquer outro tipo, causado pelo encarceramento, incluindo, mas não apenas, risco de suicídio ou lesões autoprovocadas, e sintomas de abstinência resultantes do uso de drogas, medicamentos ou álcool; além de administrar todas as medidas ou tratamentos apropriados individualizados;</p> <p>(d) Nos casos em que há suspeita de o preso estar com doença infectocontagiosa, deve-se providenciar o asilamento clínico, durante o período infeccioso, e tratamento adequado;</p> <p>(e) Determinar a aptidão do preso para trabalhar, praticar exercícios e participar das demais atividades, conforme for o caso.</p>



<b>INTERNACIONAL</b> <b>(SISTEMA ONU)</b> <b>Comissão sobre</b> <b>Prevenção ao Crime e</b> <b>Justiça Criminal</b>	Serviço de Saúde	Regra 31	O médico ou, onde aplicável, outros profissionais qualificados de saúde devem ter acesso diário a todos os presos doentes, a todos os presos que relatem problemas físicos ou mentais de saúde ou ferimentos e a qualquer preso ao qual lhes chamem à atenção. Todos os exames médicos devem ser conduzidos em total confidencialidade
		Regra 32	1. A relação entre o médico ou outros profissionais de saúde e o preso deve ser regida pelos mesmos padrões éticos e profissionais aplicados aos pacientes da comunidade, em particular: (a) O dever de proteger a saúde física e mental do preso, e a prevenção e tratamento de doenças baseados somente em fundamentos clínicos; (b) A aderência à autonomia do preso no que concerne à sua própria saúde, e ao consentimento informado na relação médico-paciente; (c) A confidencialidade da informação médica, a menos que manter tal confidencialidade resulte em uma ameaça real e iminente ao paciente ou aos demais; (d) A absoluta proibição de participar, ativa ou passivamente, em atos que possam consistir em tortura ou tratamentos ou sanções cruéis, desumanos ou degradantes, incluindo experimentos médicos ou científicos que possam ser prejudiciais à saúde do preso, tais como a remoção de células, tecidos ou órgãos.
		Regra 32	2. Sem prejuízo do parágrafo 1 (d) desta Regra, deve ser permitido ao preso, por meio de seu livre e informado consentimento e de acordo com as leis aplicáveis, participar de experimentos clínicos e outras pesquisas de saúde acessíveis à comunidade, se o resultado de tais pesquisas e experimentos possam produzir um benefício direto e significativo à sua saúde; e doar células, tecidos ou órgãos a parentes.
		Regra 33	O médico deve relatar ao diretor sempre que considerar que a saúde física ou mental de um preso foi ou será prejudicialmente afetada pelo encarceramento contínuo ou pelas condições do encarceramento.
		Regra 34	Se, durante o exame de admissão ou a prestação posterior de cuidados médicos, o médico ou profissional de saúde perceber qualquer sinal de tortura ou tratamento ou sanções cruéis, desumanos ou degradantes, deve registrar e relatar tais casos à autoridade médica, administrativa ou judicial competente. Salvaguardas procedimentais apropriadas devem ser seguidas para garantir que o preso ou indivíduos a ele associados não sejam expostos a perigos previsíveis
		Regra 35	O médico ou o profissional competente de saúde pública deve regularmente inspecionar e aconselhar o diretor sobre: (a) A quantidade, qualidade, preparação e fornecimento de alimentos; (b) A higiene e limpeza da unidade prisional e dos presos; (c) O saneamento, temperatura, iluminação e ventilação da unidade prisional (d) A adequação da limpeza e das roupas dos presos, bem como das roupas de cama; (e) O cumprimento das regras em relação a educação física e esportes, nos casos em que não houver pessoal técnico para tais atividades.

<b>INTERNACIONAL</b> <b>(SISTEMA ONU)</b> <b>Comissão sobre</b> <b>Prevenção ao Crime e</b> <b>Justiça Criminal</b>	Restrições Disciplinas e Sanções	Regra 36	2. O diretor prisional deve levar em consideração os conselhos e relatórios fornecidos de acordo com o parágrafo 1 desta Regra e com a Regra 33 e deve tomar medidas imediatas para implementação dos conselhos e recomendações feitos. Se o conselho ou a recomendação não for de sua competência ou se não concordar com estes, deverá submeter imediatamente seu próprio relatório, juntamente com o conselho ou a recomendação recebida às autoridades superiores.
		Regra 46	1. Os profissionais de saúde não devem ter qualquer papel na imposição de sanções disciplinares ou outras medidas restritivas. Devem, no entanto, prestar especial atenção à saúde dos presos mantidos sob qualquer forma de separação involuntária, com visitas diárias a tais presos, e providenciando pronto atendimento e assistência médica quando solicitado pelo preso ou por agentes prisionais. 2. Os profissionais de saúde devem reportar ao diretor, sem demora, qualquer efeito colateral causado pelas sanções disciplinares ou outras medidas restritivas à saúde física ou mental do preso submetido a tais sanções ou medidas e devem aconselhar o diretor se considerarem necessário interrompê-las por razões físicas ou psicológicas.
		Regra 46	3. Os profissionais de saúde devem ter a autoridade para rever e recomendar alterações na separação involuntária de um preso, com vistas a assegurar que tal separação não agrave as condições médicas ou a deficiência física ou mental do preso.
	Revistas Íntimas e Inspeções em celas	Regra 52	2. As revistas das partes íntimas serão conduzidas apenas por profissionais de saúde qualificados, que não sejam os principais responsáveis pela atenção à saúde do preso, ou, no mínimo, por pessoal apropriadamente treinado por profissionais da área médica nos padrões de higiene, saúde e segurança.
	Retenção de Pertences	Regra 67	4. Se um preso trazer quaisquer drogas ou medicamentos, o médico ou outro profissional da saúde qualificado decidirá sobre a sua utilização.
	Notificações	Regra 69	Em caso de morte de um preso, o diretor da unidade prisional deve informar, imediatamente, o parente mais próximo ou contato de emergência do preso. Os indivíduos designados pelo preso para receberem as informações sobre sua saúde devem ser notificados pelo diretor em caso de doença grave, ferimento ou transferência para uma instituição médica. A solicitação explícita de um preso, de que seu cônjuge ou parente mais próximo não seja informado em caso de doença ou ferimento, deve ser respeitada
	Trabalho	Regra 92	1. Os presos condenados devem ter a oportunidade de trabalhar e/ou participar ativamente de sua reabilitação, sendo esta atividade sujeita à determinação, por um médico ou outro profissional de saúde qualificado, de sua aptidão física e mental.
		Regra 101	1. As precauções fixadas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores livres devem ser igualmente observadas nas unidades prisionais. 2. Devem-se adotar procedimentos para indenizar os presos por acidentes de trabalho, inclusive por enfermidades provocadas pelo trabalho, em termos não menos favoráveis que aqueles estendidos pela lei a trabalhadores livres
		Regra 105	Todas as unidades prisionais devem oferecer atividades recreativas e culturais em benefício da saúde física e mental dos presos
	Presos com transtornos mentais ou outros problemas de saúde	Regra 109	1. Os indivíduos considerados imputáveis, ou que posteriormente foram diagnosticados com deficiência mental e/ou problemas de saúde severos, para os quais o encarceramento significaria um agravamento de sua condição, não devem ser detidos em unidades prisionais e devem-se adotar procedimentos para removê-los a instituição de doentes mentais, assim que possível. 2. Se necessário, os demais presos que sofrem de outros problemas de saúde ou deficiências mentais devem ser observados e tratados sob os cuidados de profissionais de saúde qualificados em instituições especializadas. 3. O serviço de saúde das instituições penais deve proporcionar tratamento psiquiátrico a todos os outros prisioneiros que necessitarem.

**CONVENÇÕES ESPECÍFICAS PARA PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE**

**PRINCÍPIOS E BOAS PRÁTICAS PARA PROTEÇÃO DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NAS AMÉRICAS (2009)**

<b>ÂMBITO</b>	<b>MATÉRIA</b>	<b>ART.</b>	<b>TEMA</b>
<b>COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (REGIONAL)</b>	Princípios Gerais	Excepcionalidade Da Privação Preventiva Da Liberdade	A lei deverá assegurar que os procedimentos judiciais ou administrativos garantam a liberdade pessoal como regra geral e se aplique a privação preventiva da liberdade como exceção, conforme dispõem os instrumentos internacionais sobre direitos humanos.
	Princípio IX	Ingresso	Os dados das pessoas admitidas nos locais de privação de liberdade deverão ser introduzidos num registro oficial, que será acessível a elas próprias, a seu representante e às autoridades competentes. Constarão do registro, pelo menos, os seguintes dados: b. O estado de saúde e integridade pessoal da pessoa privada de liberdade.
		Exame médico	Toda pessoa privada de liberdade terá direito a ser submetida a exame médico ou psicológico, imparcial e confidencial, efetuado por pessoal de saúde idôneo, imediatamente após seu ingresso no estabelecimento de reclusão ou encarceramento, a fim de constatar seu estado de saúde física ou mental e a existência de qualquer ferimento, dano corporal ou mental; assegurar a identificação e tratamento de qualquer problema significativo de saúde; ou verificar queixas sobre possíveis maus-tratos ou torturas ou determinar a necessidade de atendimento e tratamento.
	Princípio X	Saúde	As pessoas privadas de liberdade terão direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível possível de bem-estar físico, mental e social, que inclui, entre outros, o atendimento médico, psiquiátrico e odontológico adequado; a disponibilidade permanente de pessoal médico idôneo e imparcial; o acesso a tratamento e medicamentos apropriados e gratuitos; a implantação de programas de educação e promoção em saúde, imunização, prevenção e tratamento de doenças infecciosas, endêmicas e de outra natureza; e as medidas especiais para atender às necessidades especiais de saúde das pessoas privadas de liberdade e que façam parte de grupos vulneráveis ou de alto risco, tais como: os idosos, as mulheres, as crianças, as pessoas com deficiência e as portadoras do HIV/AIDS, tuberculose e doenças em fase terminal. O tratamento deverá basear-se em princípios científicos e aplicar as melhores práticas.
A prestação do serviço de saúde deverá, em todas as circunstâncias, respeitar os seguintes princípios: confidencialidade da informação médica; autonomia dos pacientes a respeito da sua própria saúde; e consentimento fundamentado na relação médico-paciente.			

<b>COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (REGIONAL)</b>	Princípio X	Saúde	<p>O Estado deverá assegurar que os serviços de saúde oferecidos nos locais de privação de liberdade funcionem em estreita coordenação com o sistema de saúde pública, de maneira que as políticas e práticas de saúde pública sejam incorporadas a esses locais.</p>
			<p>As mulheres e as meninas privadas de liberdade terão direito de acesso a atendimento médico especializado, que corresponda a suas características físicas e biológicas e que atenda adequadamente a suas necessidades em matéria de saúde reprodutiva. Em especial, deverão dispor de atendimento médico ginecológico e pediátrico, antes, durante e depois do parto, que não deverá ser realizado nos locais de privação de liberdade, mas em hospitais ou estabelecimentos destinados a essa finalidade. Caso isso não seja possível, não se registrará oficialmente que o nascimento ocorreu no interior de um local de privação de liberdade.</p>
			<p>Os estabelecimentos de privação de liberdade para mulheres e meninas deverão dispor de instalações especiais bem como de pessoal e recursos apropriados para o tratamento das mulheres e meninas grávidas e das que tenham recém dado à luz.</p>
			<p>Nos casos em que se permita às mães ou pais manter os filhos menores de idade no interior dos centros de privação de liberdade, deverão ser tomadas as medidas necessárias para a organização de creches infantis, que disponham de pessoal qualificado e de serviços educacionais, pediátricos e de nutrição apropriados, a fim de assegurar o interesse superior da infância.</p>
	Princípio XV	Liberdade de Consciência e Religião	<p>Os locais de privação de liberdade reconhecerão a diversidade e a pluralidade religiosa e espiritual e observarão os limites estritamente necessários para respeitar os direitos dos demais ou para proteger a saúde e a moral pública bem como para preservar a ordem pública, a segurança e a disciplina interna, além dos demais limites permitidos nas leis ou no Direito Internacional dos Direitos Humanos.</p>

CONVENÇÕES INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS				
PACTO INTERNACIONAL SOBRE DIREITOS POLÍTICOS E CIVIS (1966) (Ratificado em 1992)				
ÂMBITO	MATÉRIA	ART.	TEMA	OBSERVAÇÃO
INTERNACIONAL (SISTEMA ONU)	Parte III	Art. 7º	Ninguém poderá ser submetido à tortura, nem a penas ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes. Será proibido, sobretudo, submeter uma pessoa, sem seu livre consentimento, a experiências médias ou científicas.	
		Art. 10	1. Toda pessoa privada de sua liberdade deverá ser tratada com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.	
PACTO INTERNACIONAL SOBRE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS (1966) (Ratificado em 1992)				
INTERNACIONAL (SISTEMA ONU)		Art. 12	Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. 2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.	
CONVENÇÃO CONTRA A TORTURA E OUTROS TRATAMENTOS OU PENAS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES (1984) (Ratificada em 1989)				
INTERNACIONAL (SISTEMA ONU)	Parte I	Art. 1º	Para os fins desta Convenção, o termo "tortura" designa qualquer ato pelo qual uma violenta dor ou sofrimento, físico ou mental, é infligido intencionalmente a uma pessoa, com o fim de se obter dela ou de uma terceira pessoa informações ou confissão; de puni-la por um ato que ela ou uma terceira pessoa tenha cometido, ou seja suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir ela ou uma terceira pessoa; ou por qualquer razão baseada em discriminação de qualquer espécie, <b>quando tal dor ou sofrimento é imposto por um funcionário público ou por outra pessoa atuando no exercício de funções públicas, ou ainda por instigação dele ou com o seu consentimento ou aquiescência.</b> Não se considerará como tortura as dores ou sofrimentos que sejam consequência, inerentes ou decorrentes de sanções legítimas.	Não faz referência específica sobre direito à saúde e/ou população carcerária
		Art. 10	Cada Estado Parte assegurará que a educação e a informação referentes à proibição contra a tortura sejam plenamente incluídas na capacitação de funcionários de execução da lei, civis ou militares, pessoal médico, servidores públicos e outras pessoas que possam estar envolvidas na custódia, no interrogatório ou no tratamento de qualquer pessoa sujeita a qualquer forma de prisão, detenção ou encarceramento.	

<b>CONVENÇÃO DE VIENA SOBRE RELAÇÕES CONSULARES (1963)</b> <b>Ratificado (1967)</b>				
<b>ÂMBITO</b>	<b>MATÉRIA</b>	<b>ART.</b>	<b>TEMA</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
<b>INTERNACIONAL</b> <b>(SISTEMA ONU)</b>	Princípio para Proteção de todas as pessoas sob qualquer forma de detenção ou prisão	24	Um exame médico apropriado será oferecido a uma pessoa detida ou presa tão prontamente quanto possível após sua admissão em um estabelecimento de detenção ou prisão e tal atendimento e tratamento médico será fornecido sempre que necessário. O atendimento e o tratamento serão prestados gratuitamente.	Tratado sobre pessoas privadas de liberdade em outros Estados
		24	O profissional médico deverá ver e examinar cada pessoa presa tão logo quanto possível após sua admissão e posteriormente conforme necessário, com vistas, particularmente, à descoberta de doença física ou mental e à adoção de todas as medidas necessárias; à segregação dos presos suspeitos de doenças infecciosas ou contagiosas; à observação de deficiências físicas ou mentais que possam dificultar a reabilitação, bem como à determinação da capacidade física de cada pessoa presa para o trabalho.	
		38	I. Os presos cidadãos estrangeiros terão permissão para ter acesso a recursos razoáveis para se comunicarem com os representantes diplomáticos e consulares do Estado ao qual pertencem.	
<b>CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL (1965)</b> <b>(Ratificado em 1968)</b>				
<b>INTERNACIONAL</b> <b>(SISTEMA ONU)</b>	Parte I	Art. 5º	Estados Parte obrigam-se a proibir e eliminar a discriminação racial, sob todas as formas, e a garantir o direito de cada um à igualdade perante a lei sem discriminação de raça, de cor ou de origem nacional ou étnica, nomeadamente no gozo dos seguintes direitos: IV. Direito à saúde, aos cuidados médicos, à segurança social e aos serviços sociais.	Não faz referência específica sobre direito à saúde e/ou população carcerária

<b>DECLARAÇÃO SOBRE O DIREITO AO DESENVOLVIMENTO (1986)</b>				
<b>ÂMBITO</b>	<b>MATÉRIA</b>	<b>ART.</b>	<b>TEMA</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
<b>INTERNACIONAL (SISTEMA ONU)</b>		Art. 8º	Os Estados devem tomar, a nível nacional, todas as medidas necessárias para a realização do direito ao desenvolvimento e devem assegurar a igualdade de oportunidade para todos em seu acesso aos recursos básicos, educação, serviços de saúde, alimentação, habitação, emprego e distribuição equitativa da renda.	
<b>CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES (1979) (Ratificada em 1981)</b>				
<b>INTERNACIONAL (SISTEMA ONU)</b>	Parte I	Art. 12	Os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar. 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.	Não faz referência específica sobre direito à saúde e/ou população carcerária
<b>DECLARAÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES (1993)</b>				
<b>INTERNACIONAL (SISTEMA ONU)</b>	Parte I	Art. 3º	As mulheres têm direito ao gozo e à proteção, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos domínios político, econômico, social, cultural, civil ou em qualquer outro domínio. Tais direitos incluem, nomeadamente, os seguintes: f. O direito de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir.	Não faz referência específica sobre população carcerária
<b>DECLARAÇÃO DE PEQUIM ADOTADA PELA 4ª CONFERÊNCIAS SOBRE AS MULHERES (1995)</b>				
<b>INTERNACIONAL (SISTEMA ONU)</b>	Objetivos	17	O reconhecimento explícito e a reafirmação do direito de todas as mulheres de controlar os aspectos de sua saúde, em particular sua própria fertilidade, são básicos para seu fortalecimento.	Não faz referência específica sobre direito à saúde e/ou população carcerária
		27	Promover um desenvolvimento sustentado centrado na pessoa, incluindo crescimento econômico sustentado através da educação básica, educação durante toda a vida, alfabetização, e atenção básica à saúde das meninas e mulheres.	
		30	Assegurar a igualdade de acesso e a igualdade de tratamento de mulheres e homens na educação e saúde e promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e sua educação.	

<b>RECOMENDAÇÃO CEDAW</b> <b>(Comitê para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher)<sup>1</sup></b>				
<b>INTERNACIONAL</b>  <b>(SISTEMA ONU)</b>	Sobre o acesso das mulheres à justiça n.º 33	Direito Penal	51. O Comitê recomenda que os Estados Partes: n. Assegurem que hajam mecanismos para monitorar os locais de detenção, prestem especial atenção à situação de mulheres presas e apliquem diretrizes e padrões internacionais sobre o tratamento de mulheres nas prisões	
		Direito Administrativo Social e Trabalhista	53. O Comitê recomenda que os Estados Partes Usem a prisão administrativa só excepcionalmente, como um último recurso, por um tempo limitado, quando necessário e razoável no caso individual proporcional a um fim legítimo e em conformidade com as leis nacionais e padrões internacionais; assegurem que todas as medidas apropriadas, incluindo assistência jurídica e procedimentos eficazes, estão disponíveis para permitir às mulheres contestar a legalidade de sua prisão; assegurem inspeções regulares dessas prisões, na presença da mulher detida; e assegurem que as condições da prisão administrativa cumprem com os padrões internacionais relevantes para a proteção dos direitos das mulheres privadas de sua liberdade.	
		Prevenção B. 29	O Comitê recomenda que os Estados Partes implementem as seguintes medidas preventivas e. Oferecer capacitação obrigatória, periódica e eficaz, educação e treinamento para membros do Judiciário, advogados e agentes da lei, incluindo pessoal médico forense, legisladores e profissionais de saúde, em particular na área da saúde sexual e reprodutiva, especialmente em serviços para a prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e HIV, e para todo o pessoal educacional, social e de bem-estar, particularmente aqueles que trabalham com mulheres em instituições, tais como residências, centros de asilo e prisões, a fim de equipá-los para prevenir e combater adequadamente a violência de gênero contra as mulheres.	
	Sobre violência em razão do gênero contra as mulheres, n.º 35	Proteção C. 30	O Comitê recomenda que os Estados apliquem as seguintes medidas de proteção: IV Proporcionar às mulheres em instituições, incluindo residências, centros de asilo e locais de privação de liberdade, proteção e medidas de apoio em relação à violência de gênero.	Atualiza a Recomendação geral n.º 19

<sup>1</sup> O Comitê CEDAW representa um dos principais dispositivos da CEDAW (previsto em seu art. 17) tendo a função de supervisionar o seu cumprimento pelos Estados Partes. Entre as atribuições do Comitê destacam-se: examinar os relatórios periódicos apresentados pelos Estados partes (nos termos do art. 18 da CEDAW) que devem apresentar as medidas adotadas para efetivação das disposições previstas na CEDAW; formular sugestões e recomendações gerais (de acordo com o art. 21 da Convenção), a fim de orientar os Estados Partes acerca das obrigações previstas na Convenção; examinar comunicações apresentadas por indivíduos ou grupos de indivíduos que afirmem serem vítimas de violações dispostos na Convenção (nos termos dos artigos de 2 a 7 do Protocolo Adicional<sup>1</sup>) (ONU, 1979).



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)****Diretrizes consolidadas sobre Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidados em HIV para as populações-chave.**

<b>INTERNACIONAL (SISTEMA ONU)</b>	Direito à saúde	Recomendação	Criação de estratégias, atividades e abordagens que visam melhorar a acessibilidade, aceitabilidade, a captação, a cobertura equitativa, qualidade, eficácia e eficiência das intervenções e serviços de HIV: Operam em distintos níveis - individual, comunitário, institucionais, sociais e nacional, regional e global.	Faz referência aos gestores de saúde responsáveis pelas políticas no âmbito do sistema prisional
		Objetivos	Superar obstáculos à adoção de serviços, incluindo a exclusão social e marginalização, a criminalização, o estigma e a desigualdade.	

**FONTE:** Elaborado pela autora, 2018.

**Quadro 5.** Revisão sobre normativa do Sistema Interamericano de Direitos Humanos: Direito à Saúde e Pessoa Privada de Liberdade, Ribeirão Preto, 2018.

<b>CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (1969)</b>				
<b>(Ratificada em 1992)</b>				
<b>ÂMBITO</b>	<b>MATÉRIA</b>	<b>ART.</b>	<b>TEMA</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
<b>SISTEMA REGIONAL</b>	Direitos Civis e Políticos	Art. 5º	1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. 2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.	Não faz referência específica sobre população carcerária
<b>PROTOCOLO ADICIONAL À CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS EM MATÉRIA DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS (1988)</b>				
<b>(Ratificado em 1999)</b>				
<b>SISTEMA REGIONAL</b>	Direito à Saúde	Art. 10	1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. 2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito: a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas; d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; e. Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.	Não faz referência específica sobre população carcerária
<b>CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVINIR E PUNIR TORTURA (1985)</b>				
<b>(Ratificada em 1989)</b>				
<b>SISTEMA REGIONAL</b>		Art. 7º	Os Estados Partes tomarão medidas para que, no treinamento de agentes de polícia e de outros funcionários públicos responsáveis pela custódia de pessoas privadas de liberdade, provisória ou definitivamente, e nos interrogatórios, detenções ou prisões, se ressalte de maneira especial a proibição do emprego de tortura. Os Estados Partes tomarão também medidas semelhantes para evitar outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes	

**CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVINIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER (1994)**

**(Ratificada em 1995)**

<b>ÂMBITO</b>	<b>MATÉRIA</b>	<b>ART.</b>	<b>TEMA</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
<b>SISTEMA REGIONAL</b>	Parte I	Art. 4º	Toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos. Estes direitos abrangem, entre outros: b. direito a que se respeite sua integridade física, mental e moral.	Não faz referência específica sobre população carcerária
		Art. 6º	O direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros: o direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação.	

**FONTE:** Elaborada pela autora, 2019.

**Quadro 6.** Revisão sobre normativa Nacional de Direitos Humanos: Direito à Saúde e Pessoa Privada de Liberdade, Ribeirão Preto, 2019.

<b>CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988</b>					
<b>ÂMBITO</b>	<b>MATÉRIA</b>	<b>ART.</b>	<b>TEMA</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	
<b>NACIONAL</b>	Objetivos Fundamentais	Art.3º IV	Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.		
		Art. 5º III	Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante		
	Princípios e Direitos fundamentais	Art. 5º L	Às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação		
		Art. 5º XLVII	Não haverá penas: de banimento; de morte; caráter perpetuo; de trabalhos forçados; cruéis		
		Art. 3º	Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei.		
	<b>NORMAS INFRACONSTITUCIONAIS</b>				
	<b>LEI DE EXECUÇÃO PENAL (LEI 7.210/84)</b>				
	Da Assistência à Saúde	Art. 14	A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.		
	Da Assistência à Saúde	Art. 14 § 2º	Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.		
		Art. 14 § 3º	Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido.		

	Dos Direitos	Art. 40	Impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios.		
		Art. 42 VII	Assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa;		
		Art. 43	É garantida a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, por seus familiares ou dependentes, a fim de orientar e acompanhar o tratamento.		
	<b>DECRETO N.º 8.154/2013</b>				
	<b>(Regulamenta o funcionamento do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura)</b>				
	Objetivos	Art.3º III	Difundir boas práticas e experiências exitosas de órgãos e entidades para o alcance de sua finalidade;		
Art. 3º IV		Articular ações, projetos e planos entre entes federados; esferas de poder; órgãos responsáveis pela segurança pública, pela custódia de pessoas privadas de liberdade, por locais de internação de longa permanência e pela proteção de direitos humanos; órgãos e entidades integrantes do SNPCT, entre outros;			
Art. 3º V		Fortalecer redes relacionadas à finalidade do SNPCT, tais como as compostas por conselhos de direitos, organizações não governamentais, movimentos sociais, fóruns, corregedorias e ouvidorias de polícia e dos sistemas penitenciários.			

**FONTE:** Elaborada pela autora, 2018

### 1.3 Quadro teórico: a produção do Cuidado Integral às pessoas que vivem com HIV/aids

No Brasil, o movimento pela Reforma Sanitária surgiu no final da década de 1970 e teve como cenário o processo de redemocratização do país, sendo pensado por diferentes atores sociais, dentre os quais, destacam-se os usuários, trabalhadores da saúde e intelectuais, sendo seu marco histórico a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986, posteriormente, tendo suas prerrogativas concretizadas no arcabouço jurídico da Constituição Federal de 1988, mediante a criação do SUS. (ASSUMPÇÃO; MIOTO, 2009; ASSIS et al., 2010).

A Reforma Sanitária propôs mudanças estruturais que perduravam desde o início do século XX, caracterizadas pelo paradoxo entre uma saúde individual privativa e médico centrada *versus* uma saúde coletiva pública, pautada em políticas e intervenções higienistas e campanhas de vacinação. Além disso, buscou deflagrar uma nova concepção do processo de saúde e doença, por meio do reconhecimento e abordagem de seus determinantes, propondo a produção de um cuidado integral, corresponsável e resolutivo, pautado no conceito ampliado de saúde, com ênfase na atuação da APS, considerada como porta de entrada preferencial do SUS, à qual é atribuída o papel de garantir o fluxo dos usuários em todos serviços de atenção, bem como o acesso resolutivo às tecnologias de cuidado em saúde (ASSUMPÇÃO; MIOTO, 2009; ASSIS et al., 2010).

A concepção moderna da APS surge na Inglaterra na década de 1920, por meio do Relatório Dawson, considerado o documento norteador para organização do sistema de saúde inglês, utilizado, posteriormente, por diversos países. Tal relatório ancora-se na organização dos serviços de saúde por meio de níveis de assistência, fundamentados em bases populacionais. Contudo, a APS somente foi institucionalizada mundialmente em 1978 com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978, que define a saúde enquanto direito humano e a APS como essencial para o cuidado baseado em tecnologias cientificamente e socialmente aceitáveis e universalmente acessíveis aos indivíduos, famílias e comunidades (LAVRAS, 2011; MENDES, 2012).

Mendes (2012) destaca ainda que, em função das disparidades entre os países industrializados e em desenvolvimento, houve distorções na compreensão conceitual e operacionalização da APS, resultando em diferentes interpretações. Há àquelas que consideram a APS sob a perspectiva de uma assistência à saúde focalizada e seletiva voltada para programas pontuais de saúde destinados às populações e regiões carentes, por meio da utilização de tecnologias simples, de baixo custo e profissionais com baixa qualificação; outra

possibilidade interpretativa da APS a considera como a porta de entrada para o sistema de saúde. Tal interpretação é comumente referida em vários países europeus e no Canadá, em que a APS é responsável pelo cuidado resolutivo dos problemas de saúde de maior prevalência na população assistida; e, finalmente tem-se o conceito de APS enquanto centro organizador do sistema de saúde, reordenando as práticas sanitárias para atender às demandas e necessidades da população no âmbito das RAS (LAVRAS, 2011; MENDES, 2012).

Ressalta-se que para o cumprimento de seu papel na RAS urge a necessidade de operacionalização dos atributos essenciais da APS. Entende-se por atributo, aquilo que é inerente, próprio, uma qualidade definidora de algo (DINIZ et al., 2016). Sendo assim, há sete atributos denominados de essenciais na APS, a saber: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária, competência cultural e integralidade do cuidado, há ainda funções intrínsecas da APS, sendo estas, a resolutividade, comunicação e responsabilização (MENDES, 2012). Destaca-se que, na perspectiva da APS a integralidade constitui-se um de seus mais importantes atributos e tem significado polissêmico, o que aumenta a complexidade de sua operacionalização no SUS (DINIZ et al., 2016; SANTOS et al., 2018).

Para Assumpção e Miotto (2009), ao pensar no princípio da integralidade, tem-se um paradoxo, uma vez que todo indivíduo é um ser social, construído na relação com o outro e indissociável de seu corpo, emoções, saúde e doença, desta forma, ponderar sobre integralidade na saúde denota uma fragmentação no campo da saúde, com muitos aspectos a serem integrados. Os autores ressaltam que, para cada significado do conceito polissêmico de integralidade, há uma cisão a ser superada para efetivação de uma sociedade mais justa e igualitária (ASSUMPÇÃO; MIOTO, 2009).

Segundo Mendes (2012), a integralidade constitui-se mediante o reconhecimento dos sujeitos a partir de suas demandas biológicas, psicossociais e que devem ser atendidas por meio da oferta de um conjunto de ações e serviços que mantenham coerência com as necessidades dos indivíduos, considerando as perspectivas da promoção, prevenção, intervenções curativas, de reabilitação e cuidados paliativos. A integralidade pressupõe, ainda, o acesso ao cuidado em todos os pontos de atenção na RAS, quando necessário (MENDES, 2012).

Para Diniz et al. (2016), de forma geral, pode-se sintetizar três sentidos que permeiam o conceito de integralidade que estão intrinsecamente relacionados. A integralidade entendida como forma de organizar as práticas de saúde, com incorporação de políticas e programas de saúde e articulação entre todos os níveis de assistência; a integralidade como um traço de boa

prática profissional holística, pautada no vínculo profissional-usuário e considerando a singularidade do usuário em sua totalidade (corpo, mente e espírito); bem como sendo uma resposta dos gestores às necessidades de saúde de grupos específicos, com desenvolvimento de políticas voltadas para cuidado integral, na RAS, a determinado grupo social, como na saúde da criança, saúde da mulher, dentre outros (DINIZ et al., 2016; SANTOS et al., 2018).

Para Val e Nichiata (2014), os sentidos da integralidade versam sobre as características dos serviços e da organização das práticas de saúde, de forma horizontalizada, envolvendo a justiça e democracia para a concretude do direito ao acesso à saúde, por meio de tecnologias de diferentes densidades, saberes e práticas, considerando a singularidade dos sujeitos. Tais autores destacam que a integralidade, enquanto forma de organizar as práticas no campo da saúde, almeja romper com a dicotomia entre saúde coletiva e individual, entre as ações de prevenção e intervenções curativas e, desta forma, evitar perspectivas reducionistas acerca das demandas dos usuários aos conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde (VAL; NICHATA, 2014).

A despeito dos desafios para efetivação do princípio da integralidade no ato e processo de cuidar, bem como a sua concretização por meio de serviços de saúde resolutivos, o conceito em questão alberga possibilidades de ampliação das estratégias de cuidado para manejo do HIV enquanto uma condição crônica de saúde, sendo que APS tem um papel central na oferta de ações e serviços para promoção, prevenção, diagnóstico e cuidado compartilhado às PVHA.

Desta forma, em consonância com Mendes (2012), adotou-se o conceito de integralidade como eixo para análise e reflexão dos resultados encontrados neste estudo por compreender que tal conceito abrange a complexidade exigida para o cuidado às PVHA em situação de privação de liberdade.



## 2 OBJETIVOS

---

Analisar as ações e serviços de saúde ofertados às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV em unidades prisionais dos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul - São Paulo.

## **2.1 Objetivos específicos**

- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico, comportamental (história de uso de drogas), clínico e as características do encarceramento das pessoas privadas de liberdade vivendo com HIV;
- ✓ Descrever a oferta de ações e serviços de saúde às pessoas vivendo com HIV durante a assistência prestada nas unidades prisionais;
- ✓ Analisar o desempenho das unidades prisionais na oferta de ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas vivendo com HIV.

## 3 MATERIAL E MÉTODOS

---

Conforme já mencionado, reitera-se que o presente estudo insere-se no 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), vinculado 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).

### **3.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo exploratório, realizado por meio de um inquérito e com abordagem quantitativa.

### **3.2 Local do estudo**

Atualmente, o estado de São Paulo conta com 170 unidades prisionais (UP), 151 delas voltadas para o encarceramento de homens. A gestão destas unidades é de responsabilidade da Secretaria de Administração Penitenciária de São Paulo (SAP), sendo organizada e gerida por meio de seis coordenadorias regionais, a saber: Região Metropolitana de São Paulo, com 28 UP, Vale do Paraíba e Litoral com 18 UP, região Noroeste com 43 UP, Região Central com 39 UP, Região Oeste com 39 UP e a Coordenadoria de Saúde com 03 hospitais de custódia, dois localizados no município de Franco da Rocha e um em Taubaté. Os hospitais de custódia destinam-se ao cumprimento de medidas de segurança para pacientes com transtornos mentais considerados legalmente inimputáveis e/ou semi-imputáveis (SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA/SAP, 2018).

O estudo foi realizado em seis UP pertencentes à coordenadoria regional Noroeste, três localizadas no município de Ribeirão Preto, sendo uma penitenciária feminina; uma penitenciária masculina; e um centro de detenção provisória masculino; e três unidades localizadas no município de Serra Azul, das quais, duas são penitenciárias masculinas e um centro de detenção provisória masculino. Destaca-se que os Centros de Detenção Provisória voltam-se às pessoas que aguardam julgamento, os quais não ofertam escolas e/ou trabalho,

apresentando, geralmente, piores condições estruturais e de vida para os sujeitos, sendo que estes últimos podem permanecer por anos aguardando julgamento (GODOY, 2017). Ainda, convém mencionar que muitos condenados podem permanecer albergados por muito tempo nos CDP enquanto aguardam transferência para uma penitenciária (GODOY, 2017).

As Penitenciárias destinam-se às pessoas que já foram julgadas e que devem cumprir a pena em regime fechado e, mesmo que de modo precário não seja possível atingir a totalidade dos apenados, tais UP ofertam educação e trabalho. Destaca-se que há situações em que presos aguardando julgamento ou aqueles que já cumpriram a pena em regime fechado e progrediram para regime semiaberto, permanecem no regime fechado. Com o propósito de amenizar tais inadequações, algumas penitenciárias possuem estruturas anexas denominadas “Ala de Progressão” ou “Anexos para regime semiaberto” para a permanência de sujeitos em regime semiaberto, separando-os dos demais presos (GODOY, 2017). Destaca-se que no atual projeto as Penitenciárias C e D, as quais serão explicitadas a seguir, possuíam uma Ala de Progressão Penitenciária.

Com a finalidade de resguardar a privacidade dos participantes desta pesquisa, foram utilizadas siglas de referência para diferenciar as UP envolvidas, a saber: Penitenciária A; Penitenciária B; Penitenciária C; Penitenciária D; Centro de Detenção Provisória E; e Centro de Detenção Provisória F.

No período de coleta de dados deste estudo - agosto a outubro de 2015 - a população privada de liberdade (PPL) total das seis UP era de 7.840 indivíduos, sendo possível verificar que a taxa de ocupação das mesmas excedia a capacidade estrutural, realidade ainda presente na atualidade da maioria das UP, excetuando a Penitenciária D e o CDP F que estavam passando por reformas no ano de 2018, com transferência da maior parte das pessoas privadas de liberdade para outras UP prisionais, conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição das pessoas privadas de liberdade segundo unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2015 e 2018.

Unidade Prisional	Capacidade*	População em 2015**	Ocupação em 2015	População em 2018*	Ocupação em 2018
Penitenciária A	853	1767	207,2%	1901	222,8%
Penitenciária B	856	1671	195,2%	1903	222,3%
Penitenciária C	Fechado	865	222,2%	1936	223,8%
	Semiaberto	108	-	147	
Penitenciária D	Fechado	303	167,3%	95	31,3%
	Semiaberto	102	-	65	
Centro de Detenção Provisória E	586	882	150,5%	798	136,1%
Centro de Detenção Provisória F	856	1091	127,5%	320	37,3%
<b>TOTAL</b>	<b>4344</b>	<b>7840</b>	<b>180,5%</b>	<b>7165</b>	

Nota: \*Informações do site da Secretaria de Administração Penitenciária (2018) - <http://www.sap.sp.gov.br>;

\*\*Informação referida pelos gestores das Unidades Prisionais durante caracterização.

Fonte: adaptado de Ravanholi, 2017.

Quanto à organização dos serviços de saúde prisional, cada unidade possuía um Núcleo de Atendimento à Saúde, constituído por uma equipe de saúde prisional, a qual se responsabilizava pela oferta de ações e serviços de saúde compatíveis com as atribuições da APS, ou seja, atuando como coordenadora da assistência à saúde e garantindo longitudinalidade, integralidade e continuidade do cuidado de forma integrada e articulada com a rede local de atenção à saúde. As unidades de saúde prisionais localizam-se dentro do complexo físico das UP.

A descrição dos Núcleos de Atendimento à Saúde das UP estudadas envolveu a realização de entrevistas, com duração média de 15 minutos, com os diretores técnicos de saúde dos mesmos, juntamente com a observação de campo, para tal, contou-se com apoio de um instrumento específico (APÊNDICE I). Tais profissionais aceitaram participar do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico (APÊNDICE II).

A descrição destes cenários foi organizada de modo a contemplar os seguintes aspectos: estrutura física dos serviços de saúde localizados dentro do complexo prisional (Quadro 3), composição do quadro de recursos humanos (Quadro 4), avaliação inicial das condições de saúde das PPL, dinâmica da assistência prestada nos Núcleos de Atendimento à Saúde de modo geral, bem como as especificidades envolvidas na prevenção e manejo do HIV PPL.

**Quadro 7.** Estrutura física dos Núcleos de Atendimento à Saúde 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	Mesma 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

*Legenda:* PA – Penitenciária A; PB – Penitenciária B; PC – Penitenciária C; PD – Penitenciária C; CDP-E – Centro de Detenção Provisória E; CDP-F – Centro de Detenção Provisória F;

*Nota:* \* Consultório multiprofissional, usado por todos os profissionais.

**Fonte:** Ravanholi, 2017.

**Quadro 8.** 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
		Nº	-	2	1	1	-
Médico*	CHS	-	20 horas	12 horas	20 horas	-	-
	Vínculo	-	SMS	SAP	SAP	-	-
	Nº	-	-	-	-	-	-
Médico Psiquiatra	CHS	-	-	-	-	-	-
	Vínculo	-	-	-	-	-	-
	Nº	1	2	4*	1	2	1
Enfermeiro	CHS	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas
	Vínculo	SAP	SMS	SAP	SAP	SAP	SAP
	Nº	2	3	2	1	1	1
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	CHS	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas
	Vínculo	SAP	SAP/SMS	SAP	SAP	SAP	SAP
	Nº	-	-	-	-	-	-
Farmacêutico	CHS	-	-	-	-	-	-
	Vínculo	-	-	-	-	-	-
	Nº	1	2	2	2	1	-
Cirurgião Dentista	CHS	20 horas	20 horas	20 horas	20 horas	20 horas	-
	Vínculo	SAP	SMS	SAP	SAP	SAP	-
	Nº	-	-	-	-	-	-
Atendente de Consultório Dentário	CHS	-	-	-	-	-	-
	Vínculo	-	-	-	-	-	-
	Nº	1	1	2	3	1	1
Assistente Social	CHS	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas
	Vínculo	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
	Nº	3	1	4	2	1	2
Psicólogo	CHS	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas	30 horas
	Vínculo	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
	Nº	6	6	5	6	8	6
Agente Penitenciário de Saúde	CHS	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas
	Vínculo	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>11</b>

*Legenda:* PA – Penitenciária A; PB – Penitenciária B; PC – Penitenciária C; PD – Penitenciária C; CDP-E – Centro de Detenção Provisória E; CDP-F – Centro de Detenção Provisória F; CHS – carga horária semanal; SAP – Secretaria de Administração Penitenciária; SMS – Secretária Municipal da Saúde.

**Fonte:** adaptado de Ravanholi, 2017.

Na inclusão dos detentos nas unidades prisionais, preconiza-se uma avaliação da situação de saúde dos mesmos, a qual é realizada mediante uma entrevista com profissionais que compõem o Núcleo de Atendimento à Saúde, também chamada “entrevista de inclusão”, tendo por objetivo a obtenção de informações sobre: dados sociodemográficos (filiação, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos); os antecedentes de saúde (informações pessoais e hábitos de vida, como tabagismo, etilismo e uso de outras drogas, uso regular de medicamentos, presença de alergias, estado vacinal, condições crônicas de saúde, cirurgias e deficiências físicas), identificação de sintomáticos respiratórios para tuberculose (presença de

tosse há mais de duas semanas) com oferta de exame de escarro; aconselhamento com oferta de exames sorológicos para identificação de HIV, Sífilis e hepatites virais B e C. Quando o detento sinaliza o interesse na realização dos exames, a coleta pode ocorrer no mesmo dia ou mediante agendamento, segundo a disponibilidade da equipe de saúde prisional e a dinâmica organizacional relacionada ao acondicionamento e fluxo de encaminhamento de materiais biológicos para análise laboratorial. Destaca-se que a ficha de entrevista de inclusão aplicada na UP feminina ainda inclui a abordagem acerca da utilização de métodos contraceptivos e a presença/suspeição de gravidez.

Quando o detento é incluído na UP, procedente de outra UP, a entrevista de inclusão é realizada pela nova equipe de saúde, independente do envio/recebimento dos prontuários de saúde da UP originária. 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, podendo refletir na continuidade das ações e intervenções terapêuticas/assistenciais ofertadas aos detentos.

Depois de incluídos nas UP, o atendimento aos detentos nos Núcleos de Atendimento à Saúde poderá ocorrer *mediante agendamento prévio* ou por meio de *demanda espontânea*, envolvendo a solicitação do próprio indivíduo, seja verbalmente e/ou utilizando-se um veículo de comunicação interna chamado “*pipa*”, referindo-se a um bilhete redigido pelo detento, contendo o nome e seu número de matrícula, o motivo da demanda, descrevendo a queixa/necessidade do atendimento e a sua duração. Tal bilhete pode ser direcionado à equipe de saúde, ao serviço de psicologia ou serviço social que, de acordo com as prioridades verificadas, procedem ao agendamento do atendimento. O encaminhamento do bilhete ao profissional de saúde é realizado pelo agente de segurança penitenciário.

Ainda em relação à dinâmica assistencial nos Núcleos de Atendimento à Saúde, alguns detentos podem ser designados como “agentes” de saúde, atuando na interlocução entre os apenados e os agentes do estado, sendo atribuídas funções como encaminhar as “*pipas*” aos agentes de segurança, comunicar as demandas verbais em relação à saúde dos demais detentos aos agentes de segurança, colaborar com a equipe de saúde na divulgação de campanhas educativas, dentre outros. Estes agentes são escolhidos pelo setor de segurança e disciplina utilizando-se como critérios para seleção o bom comportamento e o interesse em colaborar com a equipe de saúde. Destaca-se que esses detentos podem ter conhecimentos prévios ou não relacionados à área da saúde.



### 3.2.1 Atenção ao HIV/aids no sistema prisional

No âmbito prisional, conforme já mencionado, as unidades de saúde devem cobrir o elenco de ações e serviços compatíveis com as prerrogativas da APS, bem como garantir a referência para outros níveis de atenção visando à continuidade do cuidado prestado às PPL. Nesse sentido, as UP se configuram como pontos de atenção no contexto de organização das RAS.

A assistência em HIV prestada às PPL no âmbito prisional perpassa a oferta de consulta médica, de enfermagem, psicológica e social, além da garantia de referência para serviços de apoio diagnóstico e laboratorial, serviços especializados no cuidado ao HIV/aids e atendimento médico de urgência.

Destaca-se que a assistência especializada em HIV/aids é ofertada fora do sistema prisional, realizada no município de Ribeirão Preto, envolvendo dois Centros de Referência em Doenças Infecciosas, sendo um para a população masculina e outro para a feminina, os quais estão sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A assistência também pode ocorrer em um ambulatório vinculado à Unidade Especial de Tratamento em Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP). Estes serviços fazem parte da rede de atenção à saúde para o cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids.

No que se refere às situações de urgência e emergência, têm-se três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) como retaguarda assistencial, das quais duas localizam-se em Ribeirão Preto, voltadas para o atendimento da população encarcerada nas unidades prisionais localizadas no município de Ribeirão Preto e a outra UPA situada em Serrana, município adjacente a Serra Azul, assumindo a responsabilidade pelo atendimento da população carcerária do município em Serra Azul, uma vez que este último não atende a população prisional inserida em seu território.

As equipes de saúde das UP são responsáveis pelo agendamento de consultas médicas nos serviços de referência, cujo contato pode ocorrer por meio telefônico, e-mail e/ou pessoalmente. Para o deslocamento das PPL visando o atendimento/consulta médica e/ou realização de exames fora das UP, tem-se o setor de Segurança e Disciplina das UP como responsável, envolvendo providências necessárias para a disponibilização de viaturas, funcionários e solicitação de escolta pela polícia militar. A seguir, apresentam-se as particularidades da assistência prestada às pessoas que viviam com HIV nas UP participantes do estudo, conforme os quadros 5 e 6.

**Quadro 9.** 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	8	3
Número total de PVHA em uso de TARV	13	24	19	18	3	1
% acesso à TARV	100%	68,6%	82,6%	90,0%	37,5%	33,3%
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**

\* População total privada de liberdade que sabidamente possuíam o diagnóstico de HIV.

\*\* Destaca-se que o regime de trabalho para os profissionais de saúde na SAP é ambulatorial não sendo autorizada cumprimento carga horária no período noturno e aos domingos.

Fonte: Ravanholi, 2017.

**Quadro 10.** Caracterização de particularidades da assistência prestada às pessoas que viviam com HIV pelos serviços de saúde das unidades prisionais, região de Ribeirão Preto, 2015.

Unidades Prisionais	PA	PB	PC	PD	CDP-E	CDP-F
Variáveis						
Periodicidade de entrega da TARV às PVHA*	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal	Diária	Mensal
Estratégias para avaliar a adesão das PVHA à TARV	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Estratégias para acompanhar condições clínicas, laboratoriais e de saúde das PVHA	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Coleta de sangue para contagem de Linfócitos T-CD4+ e Carga Viral na UP	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Contra referência de informações acerca dos atendimentos realizados nos Centros de Referência	Pelo Agente Penitenciário	Não retornam	Não retornam	Pelo Agente Penitenciário	Só volta receituário e resultados de exames	Não retornam
Recorrência de faltas das PVHA às consultas nos Centros de Referência**	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Nota: \*A retirada da TARV junto às unidades dispensadoras de medicamentos situadas nos Centros de Referência de Ribeirão Preto é realizada pelo agente penitenciário de saúde e, posteriormente, entregues aos detentos; \*\*O deslocamento às consultas depende da disponibilidade de viatura e escolta policial, de forma que a ausência destas incorre em faltas às consultas.

Legenda: PA – Penitenciária A; PB – Penitenciária B; PC – Penitenciária C; PD – Penitenciária C; CDP-E – Centro de Detenção Provisória E; CDP-F – Centro de Detenção Provisória F; TARV – terapia antirretroviral; PVHA – pessoas que vivem com HIV/aids; UP – unidade prisional.

Fonte: Ravanholi, 2017.

### 3.3 População do Estudo e Critérios de Inclusão

A população foi constituída pelas PPL que viviam com HIV pertencentes ao sistema prisional de Ribeirão Preto e Serra Azul, no período correspondente à coleta de dados (agosto a novembro de 2015).

Foram incluídos os indivíduos que estavam em situação de privação de liberdade por um período igual ou superior a seis meses na UP no período de realização do estudo. Verificou-se a existência de 102 detentos que possuíam o diagnóstico para o HIV nas UP, dos quais, 10 estavam nas UP por período inferior a seis meses, dois não estavam na UP no momento da entrevista e cinco sujeitos não quiseram participar. Deste modo, foram incluídos 85 sujeitos nesta pesquisa.

### 3.4 Coleta de Dados

#### 3.4.1 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizaram-se fontes primárias e secundárias de informações. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas com apoio de um questionário que foi elaborado com base nas Recomendações para TARV em adultos infectados pelo HIV (BRASIL, 2008), considerando os aspectos a serem abordados pelos profissionais de saúde no atendimento às PVHA.

Para a elaboração das variáveis envolvendo a oferta e integração das ações e serviços de saúde das UP, utilizou-se como referência a metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS (ALMEIDA; MACYNKO, 2006). A elaboração do instrumento de coleta de dados deste estudo envolveu duas dimensões da APS: *elenco de ações e serviços* e *coordenação da assistência*. Destaca-se que, para o recorte da presente tese, contemplou-se a dimensão *elenco de ações e serviços de saúde*.

O instrumento possui 48 questões, organizadas em 06 seções: I- Dados sociodemográficos; II- Dados sobre a prática sexual; III- Dados clínicos e de acompanhamento do caso; IV- Dados sobre o percurso no sistema prisional; V - Dados sobre a oferta de ações e serviços de saúde (elenco de serviços); VI - Dados sobre a integração de ações e serviços de saúde (coordenação). Além das seções citadas, o instrumento conta com um anexo, envolvendo variáveis sobre adesão à TARV (APÊNDICE III).

As variáveis das seções I, II e III e IV envolvem escalas variadas de respostas como dicotômicas e de múltipla escolha. As variáveis pertinentes às seções V e VI tinham uma escala de possibilidades preestabelecida (Likert) com valor entre “um” e “cinco”, cuja resposta mais favorável correspondeu ao valor mais alto da referida escala. Para o recorte do objeto contemplado na presente tese, foram utilizadas variáveis que pertenciam às seções I, III e V do Instrumento de Coleta de dados em questão.

Ressalta-se que a formulação deste instrumento específico para analisar a assistência prestada às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV permeou etapas pertinentes à análise de conteúdo e semântica, considerando a apreciação, julgamento e sugestões elencadas por cinco especialistas nas seguintes áreas de conhecimento e atuação: Manejo do HIV, Saúde Pública e Assistência à Saúde no Sistema Prisional. Os especialistas foram informados sobre a natureza e os objetivos do estudo bem como se solicitou a participação destes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE IV).

Posterior à etapa de análise de conteúdo e semântica, realizou-se o teste piloto no mês de julho/2015 com o propósito de verificar e aprimorar as estratégias de coleta de dados, além de da pertinência dos procedimentos metodológicos delineados. Esta etapa foi conduzida no Centro de Detenção Provisória (CDP) de Taiúva, que se trata de uma UP masculina pertencente à mesma coordenadoria regional de saúde das unidades prisionais envolvidas no estudo. Tal CDP possuía cinco PPL que possuíam o diagnóstico do HIV, sendo que apenas três sujeitos participaram desta etapa, uma vez que atendiam aos critérios de inclusão. Destaca-se que durante a condução do teste piloto, os mesmos procedimentos éticos aplicados aos demais participantes da pesquisa foram adotados, de modo que também houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE V).

### **3.4.2 Variáveis envolvidas no estudo**

As variáveis contempladas neste estudo, em cada seção, estão dispostas no quadro a seguir:

**Quadro 11.** Variáveis utilizadas no estudo segundo a seção do instrumento de coleta de dados, Ribeirão Preto, 2015.

Seções	Variáveis
<b><i>I- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i></b>	Sexo; Cor; Idade; Data de nascimento; Município de Residência; Escolaridade; Estado Civil; Profissão; Regime cumprimento pena; Atividade laboral; Drogadição; Renda.
<b><i>III- DADOS CLÍNICOS E DE ACOMPANHAMENTO DOS CASOS</i></b>	Status sorológico anterior ao encarceramento; Ambulatório responsável pelo acompanhamento; Tempo de acompanhamento médico para o HIV/aids; Uso TARV; Tempo de uso da TARV; Presença de queixas de saúde; Presença de outras doenças; História tratamento Tuberculose; Quimioprofilaxia para Tuberculose; Presença de outro problema de saúde; Tratamento para doença crônica; Resultado TCD4+; Resultado Carga Viral.
<b><i>V- DADOS SOBRE A DIMENSÃO “ELENCO DE SERVIÇOS”.</i></b>	Consulta médica; Atendimento com equipe de enfermagem; Atendimento com Psicólogo; Atendimento com Assistente Social; Atendimento com Dentista; Orientações verbais; Orientações escritas; Recebimento da TARV mensalmente; Coleta de exame de sangue: TCD4+ e Carga Viral; Teste Tuberculínico; Recebimento de Preservativos.

**Fonte:** Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo n° 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo n°: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).

### 3.4.3 Procedimentos para coleta de dados

Pautando-se na garantia de resguardar o direito ao sigilo acerca do diagnóstico das pessoas que viviam com HIV, procedeu-se ao contato e articulação com os Núcleos de Atendimento à Saúde das UP com o objetivo de solicitar o apoio das equipes locais para abordagem prévia das PPL que sabidamente possuíam o diagnóstico de HIV, solicitando aos mesmos a autorização para o compartilhamento do seu diagnóstico junto aos pesquisadores envolvidos na coleta de dados do projeto.

Após anuência voluntária dos participantes e agendamento da coleta de dados com as equipes de saúde das UP, seis entrevistadores, que integram o grupo de estudos operacionais em HIV/aids (GEOHids), procederem à coleta de dados, a qual ocorreu no período de agosto a novembro/2015. Foi realizado apenas um encontro com cada participante da pesquisa para realização da entrevista, cuja duração média foi de 20 minutos. Ressalta-se que os entrevistadores foram capacitados para a aplicação dos instrumentos, bem como para conduzirem a coleta de dados zelando pelo sigilo, confidencialidade, proteção da identidade dos entrevistados e solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às PPL que viviam com HIV (APÊNDICE V).

Em relação às potencialidades que permearam o processo de planejamento e operacionalização da etapa da coleta de dados, destaca-se que uma das integrantes do grupo

de pesquisa GEOHaidS atuava como servidora da SAP<sup>2</sup>, contribuindo para realização do contato prévio com as equipes dos Núcleos de Atendimento à Saúde das UP e para a viabilização, junto a direção geral e de saúde das UP, das providências necessárias para organização e realização da coleta de dados (contato prévio dos profissionais de saúde das unidades com os detentos que atendiam aos critérios de inclusão, convidando-os a participar da pesquisa; agendamento da coleta e dados; previsão de espaço físico para a realização das entrevistas; acionamento de escolta durante as entrevistas). Adicionalmente, outras potencialidades permearam este processo, como a intensa colaboração e acolhida dos profissionais e gestores das UP, a cordialidade e a disponibilidade das PPL durante as entrevistas, bem como a valorização da pesquisa pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

No que tange aos desafios encontrados, destaca-se a necessidade de reprogramação do cronograma de atividades da pesquisa diante das especificidades na tramitação das questões éticas e de segurança, pois envolveu a avaliação do projeto em dois Comitês de Ética em Pesquisa (EERP e SAP) e também a apreciação e autorização do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo para a realização do estudo. Ainda, uma das UP estava em reforma, resultando na prorrogação da coleta de dados neste cenário. Adicionalmente, a presença de escolta durante as entrevistas exigia habilidades dos entrevistadores para zelar, ao máximo, pelo sigilo e confidencialidade das informações durante a coleta de dados com as PPL.

### 3.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados em planilhas do Excel, seguindo um processo de dupla digitação para checar a consistência das informações digitadas, sendo armazenados e analisados por meio do programa *Statistica*, versão 12.0 da *Statsoft*.

Inicialmente foram utilizadas técnicas de análise descritiva, por meio da distribuição de frequência das variáveis qualitativas e medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis quantitativas. Esta primeira etapa contemplou a descrição das variáveis sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento das PPL entrevistadas que viviam com HIV.

Para a análise da *oferta das ações e serviços prestados às PVHA* pelas equipes de saúde das UP foram construídos indicadores a partir das variáveis relacionadas às seções V do

---

<sup>2</sup> Tal integrante não participou diretamente da etapa de coleta de dados, por motivos de conflito de interesse, bem como no sentido de almejar a neutralidade e minimizar as pré-concepções durante as imersões voltadas à aproximação/compreensão dos cenários de investigação.

instrumento de coleta dos dados. Os indicadores criados correspondiam ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os entrevistados para cada pergunta do questionário e dividido pelo total de respondentes, sendo estes categorizados como satisfatórios (maior que 3,5, correspondendo a valores maiores que 70% da escala), regulares (maior que 2,5 a 3,5, correspondendo a valores entre 50% e 70% da escala) e insatisfatórios (entre 1,0 e 2,5, correspondendo a valores até 50% da escala). Um indicador composto da dimensão “elenco de serviços” foi calculado e correspondeu à média de todas as respostas para todas as perguntas de oferta das ações e serviços de saúde na assistência prestada às pessoas vivendo com HIV.

Para analisar as diferenças no desempenho das UP quanto às variáveis relacionadas à oferta de ações e serviços de saúde foi utilizada análise de variância (ANOVA) com teste de Tukey, quando atendidos os pressupostos de homocedasticidade pelo teste de Levene. A normalidade não foi testada, uma vez que  $n \geq 30$ . Para as análises que indicaram violação dos critérios para o uso da ANOVA, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis com teste de comparação múltipla. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5%.

### **3.6 Aspectos éticos**

O projeto geral, o qual inclui o recorte da presente tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o protocolo nº 19324813.9.00005393 (ANEXO I) e pelo CEP da Secretaria de Administração Penitenciária, sob o protocolo nº 235.244413.3.000.5563 (ANEXO II).

## 4 RESULTADOS

---



Participaram da pesquisa 85 PVHA privadas de liberdade, sendo 80 (94,1%) residentes no estado de São Paulo, a maioria (82,4%) do sexo masculino, com predomínio da faixa etária de 23 – 39 anos (56,4%). Em relação ao estado civil, 43 (50,6%) eram solteiros. Quanto à cor da pele, a maior parte se autodeclarou pardo/moreno (54,1%). Os entrevistados apresentam baixa escolaridade, sendo que 60 sujeitos (70,6%) possuíam o fundamental I e II. Quanto à situação de trabalho, 76 (89,4%) possuíam alguma profissão antes do encarceramento.

**Tabela 2.** Distribuição de frequência das características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV privadas de liberdade nos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015.

	Dados sociodemográfico	PVHA (N=85)	
		n	%
<b>Estado da Residência</b>	São Paulo	80	94,1
	Paraná	2	2,3
	Rio Grande do Sul	1	1,2
	Pernambuco	1	1,2
	Minas Gerais	1	1,2
<b>Idade</b>	23 – 39 anos	48	54,4
	40 – 59 anos	35	41,2
	60 – 73 anos	2	2,4
<b>Sexo</b>	Masculino	70	82,4
	Feminino	15	17,6
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	43	50,6
	Casado / União Estável	27	31,8
	Separado / Divorciado	8	9,4
	Viúvo	7	8,2
<b>Cor da Pele</b>	Parda/morena	46	54,1
	Branca	27	31,7
	Preta	10	11,8
	Amarela	1	1,2
	Indígena	1	1,2
<b>Escolaridade</b>	Fundamental I	26	30,5
	Fundamental II	34	40,0
	Ensino Médio	18	21,2
	Ensino Superior	2	2,4
	Sem Estudo	5	5,9
<b>Profissão</b>	Sim	76	89,4
	Não	9	10,6

**Fonte:** Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo n° 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo n°: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).

Quanto aos dados sobre a UP, no momento da entrevista, a maioria dos participantes pertencia à Penitenciária B, 66 (77,6%), cumpriam pena no regime fechado e 12 (14,1%) aguardavam julgamento. Em relação à atividade laboral ambiente carcerário, 36,5% das pessoas desenvolviam algum tipo de trabalho na UP à qual pertenciam (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição de frequência das características do percurso prisional das pessoas que viviam com HIV privadas de liberdade nos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015.

Dados sobre o atual encarceramento		PVHA (N=85)	
		n	%
<b>Unidade Prisional</b>	Penitenciária A	12	14,1
	Penitenciária B	34	40,0
	Penitenciária C	18	21,2
	Penitenciária D	15	17,6
	CDP E	4	4,7
	CDP F	2	2,1
<b>Regime de Cumprimento de Pena</b>	Fechado	66	77,6
	Sem condenação	12	14,1
	Semiaberto	7	8,2
<b>Trabalham na Unidade Prisional</b>	Sim	31	36,5
	Não	54	63,5

Fonte: Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo nº 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo nº: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).

Em relação à história de uso de drogas no período de pré-encarceramento, 76 (89,4%) relataram o uso de droga, com maior frequência para o uso de tabaco (74,1%) e maconha (63,5%) (Tabela 4).

**Tabela 4** Distribuição de frequência dos dados sobre o uso de drogas das pessoas que vivem com HIV privadas de liberdade, região de Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015.

Dados sobre o uso de drogas		PVHA (N=85)	
		n	%
<b>Já usou drogas</b>	Sim	76	89,4
	Não	9	10,6
<b>Uso de drogas antes de ser preso</b>	Tabaco	63	74,1
	Maconha	54	63,5
	Cocaína	41	48,2
	Álcool	55	35,3
	Crack	33	38,8

Fonte: Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo nº 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo nº: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).

O tempo de diagnóstico do HIV entre os entrevistados apresentou uma mediana de 96 meses, sendo o diagnóstico mais recente instituído há dois meses e o mais antigo há 336 meses, o que equivale a 28 anos.

Em relação ao diagnóstico do HIV, 43 (50,6%) foram realizados no sistema prisional. No que se refere ao cuidado em HIV, 72 (84,7%) afirmaram a realização de acompanhamento médico e 67 (78,8%) faziam uso de TARV. Dentre aqueles que faziam acompanhamento médico, 13 (38,8%) referiram tê-lo em algum momento e 18 (21,2%) necessitaram, no atual encarceramento, de internação hospitalar devido ao HIV/aids (Tabela 5).

Em relação às queixas de saúde, aquelas relacionadas à saúde mental (ansiedade, agitação, irritabilidade, inquietação) apresentaram maior expressão entre os entrevistados (65,9%). Entre as doenças relacionadas ao HIV/aids no atual encarceramento, 23 (27,1%) relataram histórico de adoecimento por tuberculose. Quanto à presença de outras condições de saúde, 24 (28,2%) referiram coinfeção para as hepatites virais. Em relação à concomitância de tratamentos medicamentosos, 37 (43,5%) referiram utilizar outros medicamentos além da TARV. Quanto à tuberculose, apenas 11 (12,9%) realizaram tratamento da infecção latente e 38 (44,7%) alegaram que já realizaram prova tuberculínica. Sobre a convivência com pessoas com tuberculose na prisão, 57 (67,1%) afirmaram já ter tido contato com indivíduos doentes (Tabela 5).

**Tabela 5.** Distribuição de frequência dos dados clínicos e de acompanhamento das pessoas que vivem com HIV privadas de liberdade, de Ribeirão Preto e Serra Azul, 2015.

Dados Clínicos		PVHA (N=85)	
		n	%
<b>Diagnóstico realizado no Sistema Prisional</b>	Sim	43	50,6
	Não	42	49,4
<b>Realiza acompanhamento médico</b>	Sim	72	84,7
	Não	13	15,3
<b>Uso de TARV</b>	Sim	67	78,8
	Não	18	21,2
<b>Interrupção do Acompanhamento Médico</b>	Sim	13	38,8
	Não	72	51,8
<b>Internação devido HIV/aids</b>	Sim	18	21,2
	Não	67	78,8
<b>Queixas de Saúde</b>	Ansiedade, agitação, irritabilidade, inquietação	56	65,9
	Tristeza e desânimo	54	63,5
	Fraqueza, cansaço, mal estar;	44	51,8
	Cefaleia	40	47,1
	Desconforto respiratório;	36	42,4
	Febre	30	35,3
	Desconforto gástrico e diarreia;	30	35,3
	Lesão de Pele, coceira, alergia persistente;	27	31,8
	Confusão e tremores	27	31,8
	Perda de peso;	25	29,4
Tosse há mais de duas semanas;	21	24,7	
<b>Doenças Relacionadas ao HIV no Último Encarceramento</b>	Tuberculose	23	27,1
	Pneumonia	14	16,5
	Herpes Zoster	13	15,3
	Candidíase Oral	8	9,4
	Toxoplasmose	3	3,5
	Sarcoma de Kaposi	3	3,5
	Criptococose	2	2,4
	Citomegalovírus	0	0,0
<b>Outros Problemas de Saúde</b>	Hepatites	24	28,2
	Dislipidemia	19	22,4
	Doença mental - dependência química	13	15,3
	Depressão	12	14,1
	Hipertensão Arterial	8	9,4
	Sífilis	7	8,2
	Cardiopatias	5	5,9
	Diabetes	3	3,5
	Lipodistrofia	3	3,5
Doença neurológica	3	3,5	
<b>Outro Tratamento Medicamentoso além da TARV</b>	Sim	37	43,5
	Não	48	54,1
<b>Já Fez Tratamento para Tuberculose</b>	Sim	38	44,7
	Não	47	55,3
<b>Já Tomou Remédio para Prevenir Tuberculose</b>	Sim	11	12,9
	Não	73	85,9
	Não sabe	1	1,2
<b>Conviveu com Alguma Pessoa com Tuberculose na Prisão</b>	Sim	57	67,1
	Não	26	30,6
	Não sabe	2	2,4

**Fonte:** Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo nº 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo nº: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).

Ainda, em relação aos resultados dos últimos exames disponíveis no SISCEL, das 85 pessoas vivendo com HIV, 53 (62,3%) possuíam a contagem de linfócitos TCD4+ acima de 350 células/mm<sup>3</sup> e 47 (55,3%) apresentavam a carga viral indetectável (Tabela 6).

**Tabela 6.** Distribuição de frequência acompanhamento clínico das pessoas que viviam com aids privadas de liberdade no interior paulista, 2015.

Perfil Clínico das PVHA	(n = 85)	Total	(%)
Contagem de linfócitos T-CD4+*	< 350 células	20	23,5
	350 – 500 células	23	27,1
	> 500 células	30	35,3
	Sem informação	12	14,1
Carga Viral*	Detectável	29	34,1
	Indetectável	47	55,3
	Sem informação	9	10,6

Legenda: PVH – pessoas que viviam com HIV

Nota: \* Resultados do último exame registrado no SISCEL, considerando-se o período de 1 ano antes da entrevista com os sujeitos do estudo que estavam em uso de TARV .

Fonte: Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo nº 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo nº: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).

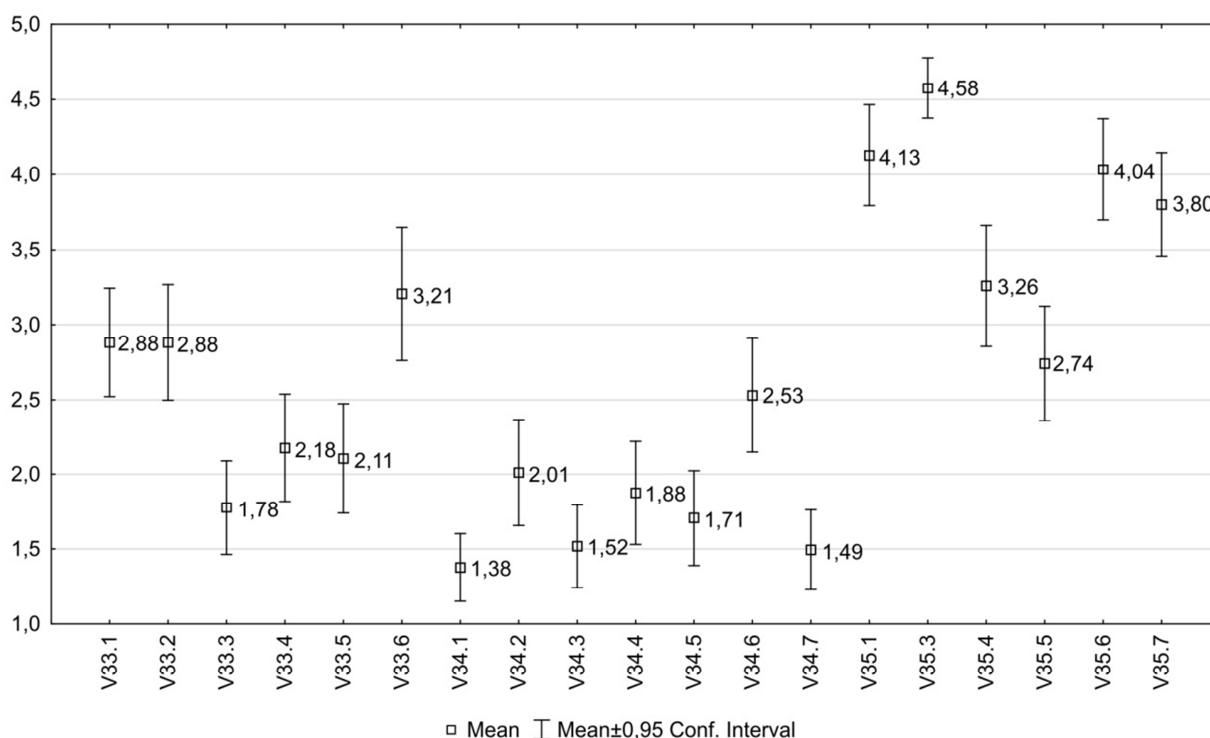
A partir da somatória dos valores médios de todos os indicadores da dimensão elenco de serviços, calculou-se o IC para a oferta das ações e serviços de saúde prestados pelas equipes das UP, o qual obteve média geral de 2,63 (dp 1,83), configurando uma classificação *Regular*.<sup>3</sup>

Ainda em relação à oferta, de acordo com as PPL entrevistadas, a disponibilidade de insumos, especificamente, preservativos, vacinas, complemento na alimentação e a solicitação de exames de escarro na presença de tosse para investigar a tuberculose foram avaliados de modo *satisfatório*. Quanto aos cuidados gerais de saúde prestados pelas equipes, os atendimentos de rotina com médicos e equipe de enfermagem, bem como a prontidão no atendimento diante de problemas de saúde ou efeitos colaterais medicamentosos foram avaliados de modo *regular*. Ainda obtiveram avaliação *regular* as orientações sobre a tuberculose, a disponibilização de exames sorológicos e divulgação e informações por meio de cartazes e panfletos educativos. Já os indicadores classificados como *insatisfatórios* foram: atendimentos com psicólogos, dentistas e assistentes sociais; todas as atividades envolvendo

<sup>3</sup> Os indicadores criados correspondem ao valor médio obtido a partir da somatória de todas as respostas de todos os entrevistados para cada pergunta do questionário dividido pelo total de respondentes, sendo categorizados como Satisfatório quando acima de 3,5 (valores maiores que 70% da escala); Regulares quando maior que 2,5 a 3,5 (correspondendo a valores entre 50% e 70%) e; Insatisfatórios quando entre 1,0 e 2,5 (correspondendo a valores de até 50% da escala).

orientações (planejamento reprodutivo, prática de sexo seguro e uso de preservativo, atividade física, redução no uso de drogas, não compartilhamento utensílios pessoais e perfurocortantes), com exceção das orientações sobre a tuberculose, conforme apontado anteriormente (Figura 3).

**Figura 3.** Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços relacionados aos cuidados gerais de saúde, orientações e disponibilização de insumos pelas equipes de saúde das unidades prisionais.



**Legenda:** V33.1-Atendimento médico de rotina; V33.2-Atendimento de rotina com equipe de enfermagem; V33.3-Atendimento com psicólogo; V33.4-Atendimento com o dentista; V33.5-Atendimento com assistente social; V33.6-Atendimento no mesmo dia na presença de algum problema de saúde ou efeitos colaterais no uso da TARV; V34.1-Orientações sobre planejamento reprodutivo; V34.2-Orientações sobre prática de sexo seguro e uso de preservativo; V34.3-Orientações sobre a prática de atividade física; V34.4- Orientações sobre redução no uso de cigarros, álcool e outras drogas; V34.5 – Orientações sobre o não compartilhamento de materiais de higiene pessoal e perfurocortantes; V34.6-Orientações sobre tuberculose; V.34.7-Orientações sobre benefícios sociais; V35.1- Disponibilidade de preservativos; V35.3- Disponibilidade de vacinas; V35.4- Disponibilidade de exames sorológicos (hepatites virais e sífilis) na unidade prisional; V35.5-Disponibilidade de cartazes e/ou panfletos educativos sobre as DST/HIV/Hepatites Virais e Tuberculose; V35.6- Disponibilidade de complemento na alimentação; V35.7- Disponibilidade de exame de escarro na presença de tosse.

Fonte: Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo nº 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo nº: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).

Para analisar o desempenho das UP foi realizada análise de variância das variáveis relacionadas à oferta de ações e serviços de saúde na assistência prestada às PPL vivendo com HIV. Utilizou-se a análise de variância (ANOVA) com teste de Tukey, quando atendidos os pressupostos de homocedasticidade pelo teste de Levene. Para as análises que indicaram

violação dos critérios para o uso da ANOVA, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis com teste de comparação múltipla. Considerando o menor número de participantes inseridos nos CDP, optou-se por realizar a análise de variância de forma conjunta (CDP D/E). Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias das UP nas seguintes variáveis: entre as unidades PC e PD com relação ao atendimento médico de rotina e disponibilidade de cartazes educativos; entre a PD e as demais UP com relação à disponibilidade de preservativos; e entre a PC e PD/CDP (E e F) com relação à oferta de exame de escarro na presença de tosse. Destaca-se que a PD apresentou pior desempenho, considerando as variáveis com diferenças estatisticamente significativas. Com relação às demais variáveis, não houve diferença no desempenho entre as UP (tabela 7).

**Tabela 7.** Médias e desvio-padrão (DP) dos indicadores relacionados à oferta e ações de serviços de saúde (elenco de serviços) da assistência ao HIV/aids entre as unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2017.

Variáveis	PA	PB	PC	PD	CDP E/F	p
	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	
Atendimento médico de rotina	3,00 ± 1,71ab	2,76 ± 1,62ab	3,89 ± 1,71b	1,67 ± 0,98a	3,33 ± 1,51ab	<b>0,0029*</b>
Atendimento com equipe de enfermagem	2,83 ± 1,99	2,65 ± 1,74	3,67 ± 1,81	2,20 ± 1,66	3,67 ± 1,03	0,1109*
Atendimento com psicólogo	1,67 ± 1,30	1,59 ± 1,26	2,56 ± 1,89	1,67 ± 1,45	1,00 ± 0,00	0,1420**
Atendimento com dentista	2,50 ± 1,73	2,35 ± 1,76	2,22 ± 1,83	1,27 ± 0,70	2,67 ± 1,97	0,2243**
Atendimento com assistente social#	2,33 ± 1,78	1,59 ± 1,35	3,22 ± 1,93	1,40 ± 1,12	3,00 ± 2,19	0,0048**
Planejamento familiar	1,33 ± 1,15	1,71 ± 1,38	1,11 ± 0,47	1,00 ± 0,00	1,33 ± 0,82	0,1496**
Prática de sexo seguro e uso de preservativo#	1,67 ± 1,56	2,29 ± 1,77	2,78 ± 1,93	1,00 ± 0,00	1,33 ± 0,82	0,0142**
Prática de atividade física	1,33 ± 1,15	1,65 ± 1,37	1,89 ± 1,71	1,00 ± 0,00	1,33 ± 0,82	0,3373**
Não compartilhamento de materiais de higiene	1,50 ± 1,24	2,06 ± 1,79	1,56 ± 1,34	1,27 ± 1,03	1,67 ± 1,03	0,5053**
Tuberculose	3,00 ± 1,91	2,47 ± 1,80	3,33 ± 1,71	1,80 ± 1,47	1,33 ± 0,82	0,0373**
Benefícios sociais	1,83 ± 1,59	1,35 ± 1,04	1,56 ± 1,34	1,67 ± 1,45	1,00 ± 0,00	0,6242**
Preservativos	4,50 ± 0,90b	4,82 ± 0,76b	4,67 ± 1,03b	1,40 ± 1,12a	4,67 ± 0,82b	<b>0,0000*</b>
Vacinas	4,33 ± 0,98	4,76 ± 0,65	4,67 ± 1,03	4,20 ± 1,26	4,67 ± 0,82	0,2504**
Exames sorológicos	3,00 ± 1,48	3,29 ± 1,92	4,22 ± 1,56	2,33 ± 1,95	3,00 ± 2,19	0,0653**
Cartazes educativos	3,00 ± 1,91ab	2,94 ± 1,74ab	3,67 ± 1,53b	1,53 ± 1,41a	1,33 ± 0,82ab	<b>0,0018**</b>
Complemento na alimentação	4,00 ± 1,60	4,12 ± 1,49	4,22 ± 1,56	3,80 ± 1,66	3,67 ± 2,07	0,9094*
Exame de escarro	3,67 ± 1,56ab	3,94 ± 1,50ab	4,44 ± 1,34b	2,33 ± 1,63a	5,00 ± 0,00b	<b>0,0007**</b>

\* Teste ANOVA; \*\* Teste Kruskal-Wallis; a ou b letras iguais entre as Unidades Prisionais mostram que não houve diferença estatisticamente significativa para o teste de comparação múltipla, letras diferentes entre as Unidades Prisionais mostram que houve diferença estatisticamente significativa. # no teste de comparação múltipla, não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as Unidades Prisionais.

**Fonte:** Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo n° 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo n°: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).



Com relação às variáveis - Atendimento no mesmo dia na presença de algum problema de saúde ou efeitos colaterais no uso da TARV, com 68 respostas válidas e Orientações sobre redução no uso de cigarros, álcool e outras drogas com 80 respostas válidas, optou-se por realizar a análise de variância de forma individualizada. Destaca-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as UP com relação a essas variáveis (Tabelas 8 e 9).

**Tabela 8.** Médias e desvio-padrão (DP) dos indicadores relacionados à oferta e ações de serviços de saúde (elenco de serviços) da assistência ao HIV/aids entre as unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2017.

Variável	PA	PB	PC	PD	CDP E/F	p
	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	
Atendimento no mesmo dia na presença de algum problema de saúde ou efeitos colaterais no uso da TARV*	4,00 ±1,41	3,23 ±1,81	3,42 ±1,94	2,38 ±1,89	3,00 ± 2,00	0,3176*

\* Teste ANOVA

Fonte: Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo n° 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo n°: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).

**Tabela 9.** Médias e desvio-padrão (DP) dos indicadores relacionados à oferta e ações de serviços de saúde (elenco de serviços) da assistência ao HIV/aids entre as unidades prisionais da região de Ribeirão Preto, 2017.

Variável	PA	PB	PC	PD	CDP D/E	p
	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	
Orientações sobre redução no uso de cigarros, álcool e outras drogas.	2,17 ± 1,59	1,63 ± 1,39	2,29 ± 1,86	1,15 ± 0,55	3,00 ± 2,19	0,1018**

\*\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Banco de dados do Projeto Universal CNPq (Processo n° 460753/2014-2, período de 19/11/2014 a 30/11/2017)/Auxílio Regular FAPESP (Processo n°: 2015/22312-0, Vigência: 01/09/2016 a 31/08/2018).

## 5 DISCUSSÃO

---

De antemão, antes de abordar os resultados propriamente ditos, optou-se por retomar e refletir sobre os desafios que envolvem a configuração dos cenários deste estudo, os quais se referem à presença de UP superlotadas, cuja taxa de ocupação extrapolava a capacidade em termos de vagas oferecidas. Destaca-se que três UP superaram a taxa média de ocupação das prisões paulistas, considerando os dados disponíveis em 2014 (168%) e 2016 (183,0%) (INFOPEN, 2014; INFOPEN, 2016).

Tal situação, dentre outras intrínsecas ao ambiente prisional (ambiente insalubre, a carência na qualidade da alimentação, barreiras de acesso aos serviços de saúde) interferem no processo saúde e doença e contribuem para o aumento da prevalência de doenças infecciosas no ambiente carcerário (BARBOSA et al., 2014; FELISBERTO et al., 2016; MARTINS et al., 2017; SANTOS et al., 2017; VALIM et al., 2018). Acrescida das condições físicas, aspectos que aumentam o estigma e a marginalização dos apenados sobrepõem vulnerabilidades para infecção ao HIV nas prisões brasileiras (SÁNCHEZ; LEAL & LAROUZÉ, 2016; SOUSA, et al., 2017).

Ressalta-se que este trabalho não teve como objetivo avaliar a adequação das condições estruturais, de arquitetura, iluminação, ventilação, ruído e disponibilidade de materiais, insumos e medicamentos para o cuidado às pessoas privadas de liberdade que viviam com HIV, no entanto, todas as unidades contavam com espaço físico para o atendimento de saúde da população prisional. Considerando a portaria n.º. 482 de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014), todas as UP contavam com equipes de saúde incompletas, destaca-se que três unidades (Penitenciária A, CDP E e F) não dispunham de médicos na equipe. Ainda sobre a composição dos profissionais que atuavam nas equipes de saúde prisional, cabe destacar a presença numericamente predominante da categoria profissional de agente de segurança penitenciária (ASP) na composição das equipes do Núcleo de Atendimento à Saúde, os quais exercem papel central na circulação e acesso aos serviços de saúde da população privada de liberdade.

Conforme aponta Diuana et al. (2008), o ASP se constitui enquanto um ator social cuja atuação perpassa o controle e a vigilância dos corpos presos no complexo contexto de gestão do cotidiano de vida das prisões, muitas vezes marcado por relações de hostilidade entre o agente do estado, representado pelo papel do ASP, e os presos. A complexa relação entre estes atores sociais é permeada, ora pelo estabelecimento de vínculos, ora por obstáculos e conflituosas relações. Esta dinâmica relacional antagônica resulta em singularidades na organização do campo institucional das prisões, refletindo, muitas vezes, na priorização de demandas relacionadas ao setor de segurança e disciplina em detrimento à abordagem das

questões de saúde, resultando em processos recorrentes de desvalorização das queixas de saúde dos presos (DIUANA et al., 2008).

Nesta direção, a presença do ASP exercendo a função primordial de movimentação das PPL nos contextos intra e extramuros prisionais, confere a tal sujeito o papel de interlocutor junto à equipe de saúde prisional e, a depender de suas percepções acerca do direito do preso à saúde, pode se tornar um facilitador ou se constituir em uma barreira de difícil transposição para a efetividade do acesso às ações e serviços de saúde das PPL. Assim, sensibilizar e incluir este profissional representa uma prioridade na dinâmica de organização e implementação das ações e serviços de saúde no contexto prisional, em função do potencial de transformação nas concepções do processo saúde doença e nas práticas de cuidado. Contudo, promover mudanças duradouras transcendem os muros da prisão, uma vez que envolve questionamentos e reflexões acerca dos sistemas simbólicos que sustentam a segregação e a negação dos direitos e de existência social das PPL (DIUANA et al., 2008).

No que tange à superlotação populacional e escassez de recursos humanos nas UP localizadas nos municípios de Ribeirão Preto e Serra Azul, tais aspectos foram verificados no estudo de Fernandes et al. (2014), o qual identificou uma taxa de ocupação que variou entre 120,0% e 225% nas unidades, assim como a escassez de profissionais de saúde para o cuidado às PPL. Os autores chamam a atenção para a priorização da oferta de ações de pronto atendimento que se mostram de baixa resolutividade, além da dificuldade no acesso à rede de atenção hierarquizada do SUS, contradizendo as políticas de atenção integral à saúde da população prisional (FERNANDES et al., 2014).

Em relação ao perfil sociodemográfico das PVHA, verificou-se coerência com o perfil da população carcerária geral do Brasil e do estado de São Paulo, com predomínio de homens jovens, negros e pardos e com baixa escolaridade (INFOPEN, 2016), ou seja, um reflexo histórico da política de encarceramento em massa de negros no país, refletindo no aumento da vulnerabilidade dessa população nas dinâmicas de manutenção de ciclos de pobreza e exclusão social vivenciada desde o período pertinente ao pré-encarceramento, intensificado pela experiência do cárcere (BORGES, 2018).

De forma geral, o perfil sociodemográfico das PVHA que participaram do estudo acompanhou o perfil da epidemia do HIV no Brasil, atualmente, com predomínio de homens adultos jovens e cor autodeclarada parda (BRASIL, 2018). Destaca-se que em relação à escolaridade houve predomínio, no presente estudo, de baixa escolaridade, enquanto no país observa-se predomínio das notificações por aids nas pessoas com ensino médio completo

(BRASIL, 2015), tal achado pode relacionar-se ao perfil das pessoas que são encarceradas no país, em sua maioria com baixa escolaridade (INFOPEN, 2016).

É importante ressaltar que prevalência da infecção pelo HIV nos últimos 10 anos apresentou redução em 20,9% na população branca, contudo, observou-se expressivo aumento (23,5%) na população parda e negra no mesmo período, com destaque para a prevalência da infecção nas mulheres negras, que representou 61,1% dos casos de aids em mulheres no país no ano de 2017 (BRASIL, 2018).

Em relação ao gênero, ainda que a maior parte dos participantes fosse do sexo masculino, condizente com a realidade do sistema carcerária brasileiro, marcado pelo expressivo contingente populacional de homens, há que se refletir sobre a situação de clausura de mulheres e a situação de vida destas durante a privação de liberdade em ambientes que historicamente não foram planejados para o acolhimento de mulheres. Ressalta-se que o aumento da taxa de encarceramento entre mulheres sobrepõe o de homens no país (AUDI et al., 2016; SANTOS et al., 2017).

Para Borges (2018), são muitos os sistemas que lançam as mulheres negras para o encarceramento, convidando à reflexão acerca da intersecção de gênero, raça, classe e sistema prisional para compreender a perversa rede que impulsiona e perpetua as mulheres negras no contexto de vida marcado pela marginalização, com negação dos direitos sociais, reprodutivos e sexuais, superexploração do trabalho e a forma como a sofisticação destas e outras modalidades de violências resultam no extermínio necropolítico da população negra. O conceito de extermínio necropolítico refere-se a um poder baseado em aparatos racionais e planejados, sobre a vida e morte dos indivíduos, sendo manifestado por meio da descontinuação do status político e da desumanização e extermínio de determinados corpos e grupos sociais que, na lógica das relações neoliberais, não possuem lugar algum na sociedade (BORGES, 2018).

A autora acima mencionada destaca ainda o fenômeno da dupla invisibilidade das mulheres no sistema prisional, por um lado, em função da baixa representatividade numérica feminina, que representa apenas 7% da população carcerária brasileira e, por outro lado, a própria condição, na perspectiva de gênero, do significado cultural e social de ser mulher, acrescido da existência de um racismo estrutural que impacta negativamente na vida das mulheres encarceradas, em especial as mulheres negras (BORGES, 2018). O conceito de racismo estrutural ou institucional pode ser compreendido, partindo da concepção de Werneck (2013; 2016), como o mecanismo que determina a exclusão seletiva de grupos raciais

africanos. O racismo estrutural legitima a subordinação e exclusão social dos negros no Brasil (WERNECK, 2013; 2016).

O descompasso entre as políticas públicas de saúde propostas para o sistema prisional por vezes desconsidera as especificidades de saúde das mulheres ofertando, de forma padronizada, as mesmas ações e serviços de saúde para homens e mulheres encarcerados.

Estudos nacionais com mulheres encarceradas identificaram um perfil sociodemográfico de mulheres jovens, negras e pardas, com baixa escolaridade e sem renda, marcadas por uma história de vida permeada pela violência e o uso de drogas. As queixas que foram recorrentes na prisão relacionaram-se às más condições de vida, envolvendo o sedentarismo, escassez e baixa qualidade nutricional da alimentação no cárcere, além da elevada prevalência do tabagismo, o diagnóstico tardio de doenças infecciosas (Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST/aids) e crônicas degenerativas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, além da baixa cobertura de exame citológico preventivo e mamografia (AUDI et al., 2016; SANTOS et al., 2017).

No estudo de Domingues et al. (2017), apontou-se que o sistema prisional apresentou os piores indicadores de assistência pré-natal para gestantes privadas de liberdade em comparação com gestantes não encarceradas, aumentando a prevalência da sífilis congênita em bebês nascidos no contexto carcerário brasileiro (DOMINGUES et al, 2017).

Desta forma, considerando a situação de grave violação dos direitos à saúde da mulher privada de liberdade e, embora não tenham sido privilegiadas variáveis específicas acerca do manejo do HIV na população feminina no presente estudo, optou-se pela manutenção da UP prisional feminina, uma vez que se trata de uma oportunidade de dar visibilidade às mulheres vivendo com HIV e o cuidado ofertado às mesmas no cárcere.

Ainda em relação ao perfil da população de estudo, no que se refere aos antecedentes de uso de drogas no período pré-encarceramento, identificou-se uma elevada prevalência no uso de drogas lícitas (tabaco) e ilícitas (maconha e cocaína) pelos sujeitos de estudo. Dentre as possíveis explicações, tem-se o fenômeno mundial da sobrerrepresentação de usuários de drogas no sistema carcerário e o uso disseminado das substâncias psicoativas nas diferentes sociedades (MICHEL, 2016).

Destaca-se que a cultura da ilegalidade, a qual promove uma guerra seletiva a determinadas drogas, impacta negativamente na vida de determinados grupos sociais (DALMASO; MEYER, 2017; BORGES, 2018). No Brasil, em consonância como perfil de encarceramento de outros países, a causa principal de privação de liberdade advém dos crimes relacionados ao tráfico de drogas (INFOPEN, 2016).

É sabido que a dependência química tem estreita relação com a infecção pelo HIV, transtornos mentais e encarceramento (ALTICE et al., 2010; CHITSAZ et al., 2013; LINCOLN et al., 2015; RIVERA-RIVERA et al., 2016). Os transtornos por uso de substâncias aumentam a vulnerabilidade das PVHA aos desfechos desfavoráveis no tratamento do HIV, com menor retenção no cuidado à saúde e baixa adesão à TARV, comprometendo a supressão viral (ALTICE et al., 2010; CHITSAZ et al., 2013). Tais elementos aumentam a complexidade na produção de um cuidado integral e resolutivo às PVHA no âmbito prisional, bem como perpetuam a manutenção de ciclos de transmissão da doença.

Em relação ao diagnóstico do HIV, enfatiza-se que a maioria dos sujeitos deste estudo referiu a instituição do diagnóstico do HIV/aids há mais de 10 anos, em conformidade com o perfil de cronicidade da doença (MENDES, 2015; MENDES, 2018), fato que pode aumentar a complexidade do cuidado em decorrência da sobreposição de vulnerabilidades e acúmulo de comorbidades ao longo dos anos.

Mendes (2015) define condições crônicas como aquelas situações de saúde que possuem determinantes multicausais, incluindo as doenças crônicas, mas não se restringe a estas últimas, uma vez que envolvem diversos aspectos relacionados a todo o ciclo de vida e que detêm a capacidade de comprometer a saúde dos sujeitos ao longo do tempo, de forma extensa ou permanente. O autor ressalta que as condições crônicas exigem um modelo de saúde com caráter proativo, resolutivo e permanente, com a integração de todos os serviços e atores sociais que compõem e atuam na RAS para o efetivo manejo das mesmas. Cabe destacar o caráter seletivo das condições crônicas que acometem, expressivamente, a população mais carente (MENDES, 2015).

Desta forma, o manejo do HIV, enquanto uma condição crônica, de complexa abordagem, ao exigir a compreensão e enfrentamento dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que envolvem a doença, pressupõe a implementação de estratégias de intervenção pautadas na oferta de um cuidado resolutivo e integrado no interior do processo de trabalho das equipes de saúde e entre os diversos serviços que integram a rede de atenção para a prevenção e o controle da doença (MAGNABOSBO et al., 2018).

Nesta perspectiva da oferta de um cuidado integral, ao se abordar o resultado sobre o elenco de serviços ofertados para o cuidado às PVHA, classificado como regular, é possível identificar que, embora não se tenha observado uma cisão absoluta entre o recomendado no arcabouço legal sobre o direito à saúde e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade (BRASIL, 2014), de forma geral, as ações para o

cuidado às PVHA mostraram-se fragmentadas, pontuais e desconsideraram a sobreposição de vulnerabilidades dos sujeitos.

Desta forma, houve, na percepção dos participantes desta pesquisa, um distanciamento entre o cuidado ofertado para o manejo do HIV e as normativas, no âmbito do SUS, e as recomendações internacionais sobre o direito à saúde integral da população prisional.

Ao refletir sobre o direito à saúde, Merhy (2012) aponta que o SUS constitui-se em um campo social de permanente disputa, no qual as práticas de saúde são perpassadas por tensões historicamente construídas na sociedade. O autor destaca o conceito de “SUS utopia”, ao afirmar que, desde a sua formação, este almeja a construção de um novo fazer em saúde, entretanto, enfrenta barreiras de complexa transposição para concretude deste sistema de saúde universal e integral. Tais barreiras foram construídas ao longo da formação da sociedade brasileira, em um contexto de organização social marcada por profundas desigualdades entre os sujeitos (MERHY, 2012).

O autor destaca que o elemento intrínseco da formação do processo social brasileiro é a desigualdade social, naturalizando a ideologia de que a vida humana agrega valor dispar entre os indivíduos, ou seja, a vida de determinados grupos sociais têm valor desigual em relação a outros. Nesta perspectiva, também os direitos sociais e o direito ao acesso à saúde integral facilmente podem ser questionados e relativizados em consonância com o grupo social ao qual se propõe garantir tal direito (MERHY, 2012).

O estudo de Martins et al. (2014), ao analisar a efetividade do direito de detentos em acessar serviços de saúde de uma unidade prisional de Minas Gerais, apontou que, de acordo com a percepção de profissionais de saúde e de segurança, este direito é concretizado de modo parcial, cujo acesso ocorre de forma desigual entre os encarcerados (MARTINS et al., 2014).

Tal fragilidade na concretização do direito dos apenados em acessar os serviços de saúde, no imaginário dos profissionais, foi justificada por suas precárias condições de trabalho, pelo julgamento moral em relação ao crime cometido e a conduta do preso no cotidiano prisional e pela concepção de que a prisão tem como finalidade precípua disciplinar os corpos dos desviantes. Os autores identificaram que, no que tange à normativa legal sobre direito à saúde integral da população prisional, este não foi efetivado no cotidiano carcerário (MARTINS et al., 2014).

Resultado semelhante acerca da violação do direito à saúde de PPL foi identificado no estudo de Valim et al (2018), realizado em uma unidade prisional voltada para reclusão de homens e mulheres em Minas Gerais. Os autores identificaram a falta de atendimento em



saúde aos reclusos no momento da inclusão na unidade prisional, além da ausência de oferta de ações voltadas para promoção à saúde e prevenção de agravos (VALIM et al., 2018).

Os autores destacam que tal medida viola um conjunto de recomendações e tratados internacionais que orientam a avaliação em saúde na ocasião de inclusão do preso no sistema prisional para o diagnóstico e tratamento precoce de doenças de maior prevalência no sistema prisional com o propósito de manter a integridade física, mental e a dignidade humana da PPL (VALIM et al., 2018).

Para Merhy (2012) é essencial para concretização dos princípios do SUS a efetividade das políticas de saúde, de modo que estas estejam ancoradas na perspectiva de que a vida humana de qualquer indivíduo tem o mesmo valor, sendo imprescindível compreender as tensões que permeiam o campo da saúde para a proposição de intervenções que fomentem a construção de uma nova maneira de cuidar, bem como a garantia de acesso aos serviços de saúde de forma equânime e integral a todos os indivíduos (MERHY, 2012).

A despeito das debilidades na oferta de ações e serviços para o cuidado integral às PVHA há que se destacarem as potencialidades identificadas, embora de forma pontual, no presente estudo para o manejo do HIV no âmbito prisional.

Uma parcela expressiva dos sujeitos da pesquisa afirmou a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV no cárcere e, ainda, a maioria dos participantes estava em tratamento médico, em uso da TARV, com carga viral indetectável e negaram a interrupção do tratamento para o HIV no momento da entrevista.

Ao considerar que o acesso tardio ao tratamento antirretroviral (TARV), determinado por meio da avaliação de parâmetros que envolvem um conjunto de aspectos clínicos e imunobiológicos (contagem de linfócitos T-CD4+ menor que 200 células/mm<sup>3</sup> de sangue e/ou doenças imunossupressoras definidoras de aids), resulta em um impacto negativo na sobrevivência e na eficácia terapêutica dos medicamentos, determinando, especialmente no primeiro ano após o início tardio da TARV, o aumento do risco de morte por aids (GRANJEIRO et al., 2011), destaca-se que o acesso ao tratamento ARV representa uma prioridade assistencial para a garantia de desfechos favoráveis no curso da doença das PVHA privadas de liberdade.

No que se refere à proporção de detentos com diagnóstico sabidamente positivo para o HIV, excetuando o CDP F que possuía um percentual inferior, a proporção de presos com diagnóstico sabidamente positivo para o HIV variou entre 0,73% e 3,94%, mantendo coerência com as prevalências estimadas para a infecção pelo HIV em estudos nacionais envolvendo a população prisional. (FELISBERTO et al, 2016; SOUSA et al, 2017).

Sendo assim, ao ponderar sobre as perspectivas para o alcance das metas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) para o fim da epidemia e, considerando a metodologia da Cascata do Cuidado Contínuo, houve uma convergência, embora ainda que distante das proporções almejadas, na oferta de ações com as metas 90-90-90, envolvendo o diagnóstico do HIV, acesso ao tratamento, retenção do cuidado e consequente supressão viral.

Desta forma, identifica-se no Sistema Prisional, um espaço oportuno para efetivação do papel da APS na oferta de ações para o diagnóstico e cuidado compartilhado às PVHA.

Ao se analisar individualmente as variáveis do estudo, foi considerada satisfatória pelos sujeitos da pesquisa, a oferta de preservativo, no entanto, as variáveis relacionadas à educação em saúde, envolvendo aspectos acerca do planejamento familiar e práticas sexuais seguras não obtiveram o mesmo desempenho, sendo classificadas como insatisfatórias. Destaca-se que ainda foram avaliadas de forma insatisfatória as variáveis envolvendo orientação sobre prevenção da transmissão de doenças por meio do compartilhamento de insumos perfurocortantes. A oferta de exames sorológicos para o diagnóstico de outras infecções sexualmente transmissíveis também foi avaliada de forma regular.

Há que considerar o percentual de participantes que relatou a ocorrência da coinfeção com hepatites virais, fato que pode estar relacionado às vias comuns de transmissão parenteral e sexual (FARIAS et al., 2012), permeado pelas vulnerabilidades individuais e sociais que aumentam o risco de infecção nas populações-chave, impactando na elevada prevalência de coinfeção das Hepatites B e C nas PVHA e na morbimortalidade destes sujeitos (SANTOS et al., 2017). Assim, a oferta de vacinação para Hepatite B e a realização da sorologia mostram-se importantes elementos para o cuidado às PVHA nas prisões. Destaca-se que, no presente estudo, a oferta de vacina foi avaliada pelos sujeitos de forma satisfatória.

Se considerarmos a alta carga de outras doenças sexualmente transmissíveis no ambiente prisional, como a Sífilis e as Hepatites Virais B e C (STRAZZA et al., 2007; COELHO et al., 2009; STIEF et al., 2010; ROSA et al., 2012; MAGRI, et al., 2015; DOMINGUES, 2017; SILVA et al., 2017; SOUSA, et al., 2017; VILLARROEL-TORRICO, et al., 2018), e que estudos identificaram associação estatística entre a infecção pelo HIV e a ausência do uso do preservativo nas relações sexuais (STRAZZA et al., 2007; COELHO et al., 2009; STIEF et al., 2010; SILVA et al., 2017; SOUSA et al., 2017), a disponibilização do preservativo torna-se uma ação essencial, no entanto, ao ser realizada de forma isolada, pode se constituir como uma frágil intervenção na promoção de mudanças no comportamento e adoção de práticas sexuais mais seguras.

Atualmente, as estratégias combinadas, destinadas especialmente às populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, envolvem a oferta de um conjunto indissociável de métodos e tecnologias eficazes na prevenção da transmissão do vírus e estão pautadas no contexto de vida e na escolha de cada indivíduo por um ou pela articulação de distintos métodos que podem ser utilizados em diferentes momentos da vida dos sujeitos, garantindo desta forma, autonomia e o protagonismo dos indivíduos na produção de um cuidado integral e corresponsável. Além disso, considera a necessidade de intervenções centradas nos indivíduos e nos espaços e contextos em que suas relações sociais são produzidas (BRASIL, 2017).

A oferta de preservativos, enquanto uma barreira física ao vírus do HIV e que, associada à disponibilização de ARV, por meio das estratégias denominadas de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós-Exposição (PEP), com o objetivo de diminuir o potencial patogênico do vírus, integram um dos componentes da Prevenção Combinada, pautadas em intervenções bioquímicas, as quais objetivam a diminuição do risco de contato e transmissão do vírus. No entanto, a efetividade das intervenções que envolvem a Prevenção Combinada ainda é permeada por componentes comportamental e estrutural (BRASIL, 2017).

Desta forma, a Prevenção Combinada não se limita à oferta de insumos e medicamentos ARV, sendo necessárias a valorização de tecnologias leves e a operacionalização de estratégias que qualifiquem o aconselhamento e testagem, bem como o vínculo com os serviços de saúde para uma resposta efetiva na prevenção do HIV. Trata-se de ações voltadas para sensibilização dos sujeitos acerca de suas vulnerabilidades à infecção e a busca de formas de empoderamento destes para promoção de mudanças, de forma sustentada, nos comportamentos que vislumbrem a adesão ao uso de preservativo e de outras práticas sexuais mais seguras (BRASIL, 2017).

No contexto do controle da epidemia no Brasil, a estratégia de aconselhamento e testagem em HIV emerge como uma intervenção ofertada, a princípio, de forma centralizada e exclusivamente sob a responsabilidade dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e, posteriormente, coerente com a política de descentralização das ações para o controle do agravo, ampliou-se para outros pontos de atenção do SUS. Ressalta-se o papel da APS na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e na oferta de insumos para prevenção e tratamento do HIV e outras IST, considerando seu potencial para o estabelecimento de vínculo e a promoção da longitudinalidade do cuidado, ofertando ações e serviços para prevenção, tendo a estratégia do aconselhamento como oportunidade para a identificação de vulnerabilidades à infecção pelo vírus e para proceder à testagem visando o diagnóstico precoce e tratamento oportuno das IST/aids (GOMES; GALINDO, 2018).

No entanto, a operacionalização da política de descentralização das ações para o manejo do HIV, mediante a incorporação da estratégia de aconselhamento e testagem no processo de trabalho das equipes de saúde atuantes na APS, exige transformações técnicas e políticas em função da necessidade de estabelecimento de inovações na organização dos serviços e na produção do cuidado capazes de priorizar a identificação e assimilação dos diversos elementos que constroem a subjetividade dos sujeitos e dos inúmeros aspectos que circundam o contexto de vida e conferem distintas vulnerabilidades ao HIV (GOMES; GALINDO, 2018). Destaca-se ainda o componente da Prevenção Combinada, que integra as intervenções estruturais e envolve o enfrentamento de todas as formas de violação dos direitos humanos das populações-chave, garantindo, assim, a integralidade do cuidado e a dignidade humana, atenuando as vulnerabilidades sociais e programáticas (BRASIL, 2017).

Considerando a magnitude da tuberculose (TB) no cenário das prisões brasileiras, cuja prevalência é até 28 vezes superiores em relação à população geral, e o impacto da doença na vida das PVHA, sendo a principal causa de mortalidade (NAVARRO et al., 2016; VALENÇA et al., 2016; MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017), cumpre destacar que a oferta de exames para a TB, na presença de tosse, foi classificada de forma satisfatória pelos sujeitos de pesquisa, expressando os esforços empreendidos para o diagnóstico, tratamento e controle da doença nas unidades prisionais, no entanto, as ações envolvendo a educação em saúde sobre a doença foram classificadas de forma regular.

Ao se ponderar sobre as causas da endemicidade da TB nas prisões brasileiras, embora seja sabido que as vulnerabilidades individuais e sociais circundantes na vida dos apenados antes do encarceramento, oriundos predominantemente das periferias com alta densidade populacional, permeadas por precárias condições sanitárias e de acesso aos serviços de saúde, contribuem para aumentar as chances de infecção pela TB, há que destacar como elemento decisivo para a transmissão e manutenção da doença as precárias condições das prisões superlotadas, a qualidade da alimentação e a circulação e uso de drogas (VALENÇA et al., 2016; MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017), sendo essencial a implementação de ações para o controle da doença no âmbito prisional com busca ativa sistemática dos sintomáticos respiratórios e a realização do tratamento diretamente supervisionado.

As ações para o controle e tratamento da TB nas prisões compõem a estratégia STOP TB da OMS para alcançar a meta de um mundo livre da doença em questão enquanto problema de saúde pública (incidência de um caso a cada um milhão de indivíduos). Destaca-se que a abordagem da TB no interior das prisões constitui-se em uma medida essencial para o controle do agravo também na comunidade extramuro prisional, uma vez que a doença não

se restringe ao cárcere, afetando os familiares dos apenados e os profissionais que atuam no sistema prisional, sem contar que os detentos, após o cumprimento da pena, retornam ao convívio social (NAVARRO et al., 2016).

Ainda há a alta prevalência de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) na população prisional. Estudo realizado com unidades prisionais em Minas Gerais identificou uma prevalência de 25% associada ao contato com doentes por TB na prisão e ao uso de drogas (NAVARRO et al., 2016). No presente estudo, parcela importante dos sujeitos relatou história de tratamento para TB e também apontaram o fato de já terem convivido com pessoas com a doença no contexto prisional. A ILTB é definida pela infecção da bactéria causadora da TB que permanece em latência, sem o desenvolvimento da doença. Estima-se que 20% da população no mundo sejam portadores da bactéria, no entanto, destaca-se que a maior parte destes indivíduos nunca irá evoluir para a forma ativa da doença, no entanto, fatores que levem à imunossupressão como a aids aumentam as chances de adoecimento e morte. A estratégia pelo fim da TB lançada pela OMS em 2015, cuja meta fundamenta-se na superação da doença enquanto problema de saúde pública até o ano de 2035, valoriza intervenções capazes de incrementar o rastreo, diagnóstico e tratamento da ILTB visando rupturas na cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2018). No presente estudo, destaca-se o baixo percentual de sentenciados vivendo com HIV que referiu histórico de tratamento para ILTB, o que pode contribuir para o aumento da chance de adoecimento por TB nas unidades prisionais.

O acesso ao serviço de saúde prisional, com atendimento de rotina com o profissional médico e a equipe de enfermagem, bem como às ações de pronto atendimento na presença de queixas foram classificadas de forma regular. Destaca-se que, no momento da entrevista, parcela expressiva dos sujeitos relatou alguma queixa de saúde, com predomínio dos sintomas que podem relacionar-se à saúde mental, embora apenas uma pequena parcela tenha mencionado a dependência química como um agravamento quando abordados acerca da presença de outros problemas de saúde. Destaca-se que a depressão é a segunda condição relacionada ao sofrimento mental de maior prevalência nas PVHA precedido apenas pelo abuso de substâncias (RIVERA-RIVERA, et al 2016). Desta forma, considerando o impacto do uso de drogas e dos transtornos mentais no tratamento do HIV e na qualidade de vida das PVHA, torna-se essencial, na perspectiva do cuidado integral, que as unidades prisionais identifiquem a real magnitude da prevalência dos transtornos mentais e da dependência das drogas, por meio do rastreo destas comorbidades no ambiente prisional (ALTICE et al., 2010; CHITSAZ et al. 2013; LINCOLN et al., 2015; RIVERA-RIVERA et al., 2016), de modo a promover as

articulações necessárias na rede de atenção para possibilitar o acesso aos serviços de referência em saúde mental para o cuidado às PVHA com transtornos mentais, considerando o impacto negativo destas comorbidades no tratamento e manejo do HIV.

Além das queixas relatadas no momento da entrevista, parcela dos sujeitos relatou a presença de outras condições crônicas de saúde e o uso concomitante de outras medicações além da TARV, aumentando a sobreposição de vulnerabilidades e tornando ainda mais complexo o manejo do HIV no ambiente prisional.

Para Mendes (2012), as situações de saúde e a transição epidemiológica peculiares vivenciadas pelo país exigem das políticas de saúde um novo modelo de atenção voltado, particularmente, para a prevenção e o manejo das condições crônicas de saúde, inscrito na perspectiva de organização das Redes de Atenção. O autor destaca a manutenção dos desacertos do SUS na resposta fragmentada e reativa aos atuais problemas de saúde enfrentados, os quais remontam ao modelo de abordagem vigente em outra época na história do país marcada por um perfil epidemiológico em que eram predominantes as condições agudas de saúde no século passado (MENDES, 2012).

Destaca-se que para uma efetiva transformação do SUS na sua maneira de organização e produção de respostas sociais às demandas de saúde é essencial o cumprimento do papel da APS na oferta de um cuidado integral e resolutivo, manejando oportunamente 85% dos problemas de saúde mais comuns que atingem a população sob a sua responsabilidade, enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde na Rede de Atenção (MENDES, 2012).

No sistema prisional, observa-se o fenômeno da manutenção da elevada carga de doenças infecciosas, coexistindo com diversas condições crônicas de saúde, dentre as quais, destacam-se os problemas osteomusculares, respiratórios, gastrintestinais, cardiovasculares, doenças de pele, dentre outros (MINAYO; RIBEIRO, 2016). Vários são os fatores que contribuem para o adoecimento da população prisional, em especial, mencionam-se as péssimas condições estruturais, má qualidade da alimentação fornecida nas prisões e a violação do direito ao acesso à saúde, muitas vezes, em decorrência da escassez de profissionais.

Tais apontamentos surtem efeitos negativos na saúde da população carcerária que egressam do sistema prisional, com acometimento de novas doenças físicas e mentais e/ou piora de condições crônicas preexistentes, em descompasso com a normativa legal que atribui ao preso o direito ao mesmo padrão de cuidado prestado aos cidadãos que estão fora do contexto das prisões (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

Com o objetivo de identificar as possíveis nuances no desempenho das UP no que diz respeito ao elenco de ações e serviços ofertados às PPL vivendo com HIV, foi realizada a análise de variância das variáveis relacionadas à dimensão em questão.

Identificou-se diferença estatisticamente significativa entre as médias das UP nas seguintes variáveis: entre a PC, com desempenho satisfatório, e a PD, avaliada de forma insatisfatória, com relação ao atendimento médico de rotina e disponibilidade de cartazes educativos; entre a PD, com pior desempenho, e as demais UP com relação à disponibilidade de preservativos; e entre a PC e PD/CDP (E e F) com relação à oferta de exame de escarro na presença de tosse. Destaca-se que a PD apresentou pior desempenho, considerando as variáveis com diferenças estatisticamente significativas. Com relação às demais variáveis, não houve diferença no desempenho entre as UP.

Dentre as possíveis hipóteses explicativas para os resultados supracitados, verificou-se que a PC contava, na época da realização da pesquisa, com o maior número de profissionais de enfermagem, além da presença do profissional médico, embora com carga horária de trabalho reduzida, apresentou avaliação satisfatória na oferta de consulta médica de rotina às PVHA. O desempenho pode relacionar-se a uma forma distinta de organização do processo de trabalho da equipe, com priorização do cuidado às PVHA, além da priorização do diagnóstico precoce da TB, com oferta do exame de escarro na presença da tosse.

Para o manejo do HIV, torna-se essencial a atuação de uma equipe multiprofissional, com ênfase no potencial que o profissional enfermeiro possui para atuar nas diversas dimensões que envolvem o cuidado integral às PVHA e na promoção à saúde, com a realização de aconselhamento e testagem, promoção de uma educação inovadora em saúde voltada para prevenção do vírus, cuidado compartilhado no pré-natal, de gestantes portadoras do vírus, parto e puerpério, no cuidado ao binômio mãe-filho para prevenção da transmissão materno infantil do HIV, dentre outros (LIMA et al., 2017).

Além disso, ressalta-se a possibilidade do enfermeiro atuar na gestão do cuidado em contextos de maior complexidade para o manejo do HIV, como o ambiente prisional. Para isso, faz-se necessário uma prática profissional que não limite-se ao tecnicismo, com oferta de insumos e realização de procedimentos, priorizando a construção e o fortalecimento do vínculo, na perspectiva do atendimento longitudinal visando o provimento de ações e serviços durante a assistência prestada que mantenham coerência com as necessidades e demandas de saúde das PPL com HIV.

Para Mendes (2011), o papel do gestor de caso é necessário para o manejo de doenças crônicas de alta complexidade, dentre elas o HIV/aids, com o propósito de defender os interesses da PVHA, coordenar seu cuidado e auxiliá-lo no alcance de seu protagonismo no autocuidado em saúde (MENDES, 2011).

Destaca-se que constituem limitações do presente estudo o possível viés de informação, uma vez que foram utilizadas fontes secundárias para coleta de dados, as quais podem conter falhas no processo de registro. Além disso, destaca-se que a análise da oferta das ações e serviços de saúde contemplou as percepções apenas das PPL participantes da pesquisa, sendo as mesmas influenciadas por experiências pessoais, pelo contexto de vida e encarceramento, bem pela presença de possível viés de memória, dentre outros.



## 6 CONCLUSÕES

---

O manejo do HIV/aids nas prisões configura-se um desafio ao SUS, uma vez que se trata da organização de um subsistema de saúde, cujas práticas pressupõem com a incorporação de atribuições e funções compatíveis com a APS. Entretanto, as condições organizacionais das prisões, as violações de direitos humanos, o processo de trabalho marcado pela atuação de equipes incompletas de saúde assumindo responsabilidades pelo manejo de um agravo que exige aplicações de distintas densidades tecnológicas, impõe obstáculos à integralidade do cuidado em saúde às pessoas que vivem com HIV.

Os desafios envolvendo a configuração do cenário prisional, com unidades superlotadas e as características intrínsecas ao ambiente prisional, bem como os aspectos que aumentam o estigma e a condição de marginalização dos apenados sobrepõem vulnerabilidades para infecção ao HIV nas prisões brasileiras, interferindo no processo saúde e doença.

Na perspectiva da oferta de um cuidado integral, no que diz respeito ao elenco de ações e serviços ofertados pelas UP durante a assistência prestada às PVHA, classificado como regular, de forma geral, verificou-se que as ações mostraram-se fragmentadas, pontuais e desconsideraram a sobreposição de vulnerabilidades dos sujeitos, distanciando-se do que é preconizado nas normativas, no âmbito do SUS, e as recomendações internacionais sobre o direito à saúde integral da população prisional.

Embora a oferta de preservativo e de vacina tenham sido avaliadas satisfatoriamente, ao considerar a alta carga de outras doenças sexualmente transmissíveis no ambiente prisional, dentre elas, as hepatites virais e a sífilis, tais estratégias integrantes do conjunto de tecnologias para Prevenção Combinada ao HIV mostram-se importantes elementos para o cuidado às PVHA nas prisões, no entanto, de forma isoladas, não têm capacidade de impactar na prevalência e no controle destes agravos no sistema prisional, sendo necessárias a valorização e operacionalização de diversas outras tecnologias leves, pautadas na educação em saúde para incrementar a produção de respostas voltadas à prevenção do HIV no ambiente prisional

Considerando a magnitude da tuberculose (TB) no cenário das prisões, há que se conceber a implementação de ações para o controle e tratamento da doença neste espaço social, de modo a endossar a estratégia STOP TB da OMS para o alcance da meta de um mundo livre da doença em questão enquanto problema de saúde pública. A TB tem um impacto negativo na qualidade de vida das PVHA, sendo a principal causa de mortalidade, desta forma, cabe ressaltar que a oferta de exames para a TB, na presença de tosse, foi classificada de forma satisfatória pelos sujeitos de pesquisa, expressando os esforços

empreendidos para o diagnóstico, tratamento e controle da doença nas unidades prisionais, no entanto, ações envolvendo a educação em saúde sobre a doença foram classificadas de forma regular. Cabe destacar a relevância de intervenções capazes de fortalecer o rastreamento, diagnóstico e tratamento da ILTB no ambiente prisional para ruptura na cadeia de transmissão da doença.

Ao ponderar sobre o árduo caminho para o alcance das metas 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) para o fim da epidemia, e considerando a metodologia da Cascata do Cuidado Contínuo, identificou-se a necessidade de incrementar a prevenção e o manejo do agravo no âmbito prisional envolvendo o diagnóstico do HIV (50% relataram diagnóstico no sistema prisional), acesso ao tratamento (78,8% estavam em uso da TARV no momento da entrevista), retenção do cuidado (51,8% negaram interrupção do acompanhamento médico) e, conseqüente, supressão da carga viral (55,3% tinham carga viral indetectável).

Desta forma, reitera-se a relevância do Sistema Prisional como um espaço permeado por desafios, contudo, profícuo para efetivação do papel da APS na oferta de ações para o diagnóstico e cuidado compartilhado às PVHA.

Houve diferença estatisticamente significativa no desempenho das UP que pode estar relacionada ao período de atendimento da equipe de saúde, bem como ao papel da enfermagem na organização do processo de trabalho com priorização do cuidado às PVHA e ao diagnóstico precoce da tuberculose.

## REFERÊNCIAS

---

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

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. p. 215.

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, Jose Augusto Lindgren. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 2003, p.153.

ANDRÉ, S. C. S.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Atenção primária à saúde como instrumento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 2017.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

ASSUMPCÃO, P. F. S.; MIOTO, R. C. T. Revisitando o conceito de integralidade em saúde a partir da teoria crítico dialética. 2015.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla C. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá Ed, p. 71-94, 2012.

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.

BARBOSA, M. L. et al. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 586-592, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127732789005.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2018.

BEZERRA, A. T. A. F. HIV/Aids e demais infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira: uma revisão sistemática. Teresina: **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, 2015.

BORGES, J. **O que é encarceramento em massa?**. Letramento Editora e Livraria LTDA, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. 2018. Julho de 2017 a junho de 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 412 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/aids**. 2017. 27<sup>a</sup> a 53<sup>a</sup> semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016; 01<sup>a</sup> a 26<sup>a</sup> – semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 60 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 48 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a profilaxia pré-exposição sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. 96 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e. 123 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção Combinada do HIV: Sumário Executivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017f. 20 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário** 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017g. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)>.

Acesso em: 15 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/aids**. Brasília, 2016. 27<sup>a</sup> a 53<sup>a</sup> semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2015 01<sup>a</sup> a 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: Manual para a equipe multiprofissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 40 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Caderno de boas práticas em HIV/aids na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 104 p.

\_\_\_\_\_. 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).

\_\_\_\_\_. SENADO FEDERAL. **Direitos Humanos: atos internacionais e normas correlatas**. Coordenações de edições técnicas, 4<sup>o</sup> Ed. Brasília, 2013. Disponível em <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508144/000992124.pdf?sequence>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional, **Mulheres encarceradas – Diagnóstico Nacional**. Departamento de Penitenciária Nacional, 2008. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_final\\_reorganizacao\\_prisional\\_feminino.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_reorganizacao_prisional_feminino.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm)>. Acesso: 06 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **HIV: Aspectos virológicos e genética do hospedeiro**. Curso de verão, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Referência: 2016. Disponível em [http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio\\_2016\\_22111.pdf](http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf). Acesso em 11.06.18.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Referência: 2014. Disponível em <http://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf> Acesso em 11.06.18.

CATOIA, E. A. et al. A aids no sistema prisional: Desafios e estratégias para adesão ao tratamento. In: Bolella, V. R. et al. (Org). **Adesão: o presente e o futuro na luta para o controle do HIV/aids**. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2016. p. 235-249.

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. Predictive markers for hepatitis C virus infection among Brazilian inmates. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 4, p. 369-372, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822009000400002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822009000400002&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 07 jan. 2019.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Estudos Feministas**, v. 7, n. 12, 2002.

CRUZ, J. S. Assistência integral a saúde dos prisioneiros: uma reflexão. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/973> Acesso em: 05 mai. 2018.

DINIZ, S. G. M. et al. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1887-1896, 2008. Disponível em: <[https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800017](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800017)>. Acesso em: 07 nov. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n11/e00183616/en/>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

FACIO, Alda. **La Responsabilidad Estatal Frente Al Derecho Humano a la Igualdad. Colección**, Reflexiones Contemporaneas, México, 2014.

FARIA, N.R. et al. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. **Science**, v. 346, n. 6205, p. 56-61, 2014.



FARIAS, N. et al. Coinfecção pelos vírus das hepatites B ou C e da imunodeficiência adquirida: estudo exploratório no Estado de São Paulo, Brasil, 2007 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 475-486, 2012. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=es&pid=S1679-49742012000300013&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=es&pid=S1679-49742012000300013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 jan. 2019.

FELISBERTO, M. et al. Prevalence of human immunodeficiency virus infection and associated risk factors among prison inmates in the City of Florianópolis. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 49, n. 5, p. 620-623, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822016000500620&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822016000500620&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 dez. 2018.

FERNANDES, L. H. et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 275-283, 2014. Disponível em: <[https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000200275](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200275)>. Acesso em: 07 nov. 2018.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 1-13, 2010.

FLAUZINA, A. L. P. Os desafios da permanência. **Irohin, Brasília, ano XI**, n. 15, p. 11-12, 2006.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. In: **Manicômios, prisões e conventos**. 1961. p. 15-23.

GODOY, R. Fluxos em cadeia: as prisões em São Paulo na virada dos tempos 1ed. São Paulo. Boitempo, 2017.

GOMES, E. S. S.; GALINDO, W. C. M. Equipes de saúde da família frente à testagem e ao aconselhamento das IST, HIV-AIDS. **Rev. baiana saúde pública**, v. 41, n. 3, 2018. Disponível: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-906349>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

GRANGEIRO, A.e et al. Late entry into HIV care: estimated impact on AIDS mortality rates in Brazil, 2003–2006. **PLoS One**, v. 6, n. 1, 2011. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0014585>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

GROISMAN, S.; MORAES, N. M.; CHAGAS, L. D. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. Rio de Janeiro: **ABOPREV**, 2005.10p.

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.

JESUS, L. O.; SCARPARO, H. B. K. O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 78-93, 2015.

LEMOS, Adriana. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, ABR-JUN, 2014.

LEONELLO, V. M.; CAMPOS OLIVEIRA, M. A. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, 2010.

LERMEN, H. S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 905-924, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312015000300905&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312015000300905&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 12 dez. 2018.

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.

MACEDO, L. R.; MACIEL, E. L. N.; STRUCHINER, C. J. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 783-794, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2017.v26n4/783-794/pt>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

MACEDO, L. R.; MACIEL, E. L.N. STRUCHINER, C. J. Tuberculose na população privada de liberdade no Brasil, 2007-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2007 vol. 26, n. 4, pp. 783-794. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S223796222017000400783&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S223796222017000400783&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 jan. 2019.

MAGNABOSCO, G. T. et al. Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt\\_1414-8145-ean-22-04-e20180015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180015.pdf)>. Acesso em: 07 dez. 2018.

MAGRI, M. C. et al. Prevalence of hepatitis C virus in Brazil's inmate population: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 42, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100405](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100405)>. Acesso em: 09 jan. 2019.

MAIA, L. et al. Introdução: História e Historiografia das Prisões. In: \_\_\_\_\_. **História das prisões no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rocco, v. 2, 2009. p. 9-34.

MARTINS, E. L. C. et al. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1222-1234, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n4/1222-1234/pt/>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

MELO, E. A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e151, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e151/>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 31, n. 2, p. 1-3, 2018.

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

\_\_\_\_\_. **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.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 267-279, 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902012000200002&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902012000200002&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 07 nov. 2018.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2031-2040, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n7/2031-2040/en/>>. Acesso em: 03 jan. 2019.

MIRANDA, D. S.; OLIVEIRA, M. F.; BATITUCCI, E. C. Mulheres em privação de liberdade: empoderamento e cidadania. In: **Narrativas do Cárcere**, 2., 2015. Brasília. Anais do Narrativas do Cárcere: Políticas de Resistência no Socioeducativa e no Sistema Penitenciário. Brasília: Universidade de Brasília/Faculdade de Direito da UnB, 2018. p. 141 – 154.

MORAES, D. R. Revisitando as concepções de integralidade. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 64-72, 2006.

NAVARRO, P. D. et al. Prevalência da infecção latente por Mycobacterium tuberculosis em pessoas privadas de liberdade. **J Bras Pneumol**, v. 42, n. 5, p. 348-55, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v42n5/pt\\_1806-3713-jbpneu-42-05-00348.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v42n5/pt_1806-3713-jbpneu-42-05-00348.pdf)>. Acesso em: 07 jan. 2019.

NOGUEIRA, P. A. et al. Tuberculose e infecção latente em funcionários de diferentes tipos de unidades prisionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 13, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/142740>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

NORMA, F. et. al. Coinfecção pelo vírus das hepatites B ou C e da imunodeficiência adquirida: estudo exploratório no Estado de São Paulo, Brasil, 2007 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2012, vol.21, n.3 pp. 475-486. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n3/v21n3a13.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

ODEONY, P. S. et al. Hepatites B, C e Sífilis: Prevalência e características associadas à coinfecção entre soropositivos. **Cogitare Enfermagem**. 2017, vol.22, n.3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000300543&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000300543&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 jan. 2019.

OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S.; CAMANHO, L. A. B. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2015, v. 31, n.3, p. 543-554. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000300543&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000300543&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção sobre eliminação de toda forma de discriminação contra a mulher, 1979. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508144/000992124.pdf?sequence>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. CEDAW. Recomendação n.º 33, ano 2005.

\_\_\_\_\_. CEDAW. Recomendação n.º 35, ano, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a. 113 p.

\_\_\_\_\_. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011b. p. 137.

\_\_\_\_\_. HIV continuum of care monitoring framework 2014. **Addendum to meeting report: regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean**. 2014.

ORNELL, F. et al. Saúde e cárcere: estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. **Sistema Penal & Violência**, v. 8, n. 1, p. 107-121.

PALÁCIO, M. B.; CASTRO FIGUEIREDO, M. A.; SOUZA, L. B. O cuidado em HIV/AIDS ea Atenção Primária em Saúde: possibilidades de integração da assistência. **Psico**, v. 43, n. 3, p. 10, 2012.

PENAL REFORM INTERNATIONAL (PRI). Global Prison Trends 2018.4 ed. 2018. Disponível em: <[https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI\\_Global-Prison-Trends-2018\\_EN\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/04/PRI_Global-Prison-Trends-2018_EN_WEB.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2018.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 2001. 184p.

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.

PINHO, A. A.; CABRAL, C. S.; BARBOSA, R. M. Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n12/e00057916/pt/>> Acesso em: 15 dez. 2018.

PINTO, A. C. S. et al. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

PIOVESAN, F. Ações Afirmativas sob a perspectiva dos direitos humanos. In: **Ações Afirmativas e Combate ao Racismo nas Américas, Brasília, 2005**.

PIOVESAN, F. O Direito Internacional dos Direitos Humanos e a Redefinição da Cidadania no Brasil, *Revista PGE – SP*, **Revista 2**, 2011.

RAVANHOLI, G. M. HIV/aids no cárcere: desafios relacionados à regularidade no uso da terapia antirretroviral. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. doi:10.11606/D.22.2018.tde-01032018-193155. Acesso em: 10 out. 2018.

RIVERA-RIVERA, Y. et al. Impacto da Depressão e Inflamação na Progressão da Doença do HIV. **Jornal de imunologia clínica e celular**, v. 7, n. 3 de 2016.

ROSA, F. et al. Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 5, p. 557-560, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S010442301270249X>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

SANCHEZ, A.; LAROUZÉ, B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2071-2080, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000702071&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000702071&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 nov. 2018.

SANTOS, C. T. B. dos et al. A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 1233-1240, 2018.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 861-870, 2018.

SANTOS, M. V. et al. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200205&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200205&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 08 dez. 2018.

SANTOS, O. P. et al. Hepatites B, C e sífilis: prevalência e características associadas à coinfeção entre soropositivos. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e51693, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51693>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA (SAP/SP). **Protocolo de Atenção Básica da Saúde nas Unidades Prisionais do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2012. 193 p.

SEITENFUS, Ricardo; VENTURA, Deysi. **Direito Internacional Público**, 4º Ed. Livraria do Advogado, Porto Alegre, 2006.

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.

SEVERI, F. C. Justiça em uma perspectiva de gênero: elementos teóricos, normativos e metodológicos. **Revista Digital de Direito Administrativo**, vol. 3, n. 3, p. 574-601, 2016. Disponível em: <[http://www.revistas.usp.br/rdda\\_](http://www.revistas.usp.br/rdda_)>. Acesso em: 10 out. 2018.

SEVERI, F. C. **Enfrentamento à violência contra as mulheres e à Domesticação da Lei Maria da Penha**: elementos do projeto jurídico feminista no Brasil, 240 p. Tese (livre-docência). Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Edital n. 42/16, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

SILVA, A. A. S. et al. Prevalência de hepatite B e fatores associados em internos de sistema prisional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/3070/307050739010/>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

SILVA, R. A. R. et al. Questionário para avaliação das ações de controle do HIV/Aids na Atenção Básica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 271-279, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000300271&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300271&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 05 jan. 2019.

SILVESTRE, G.; MELO, F. A. L. Encarceramento em massa e a tragédia prisional brasileira. **Boletim IBCCRIM**, v. 293. 2018. Disponível em: <[https://www.ibccrim.org.br/boletim\\_artigos/335-293-Abril2017](https://www.ibccrim.org.br/boletim_artigos/335-293-Abril2017)>. Acesso em: 08 dez. 2018.

SOUZA, G. C.; CABRAL, K. D. S.; SALGUEIRO, C. D. B. L. Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher encarcerada: um estudo de revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 22, n. 1, 2018.

SOUZA, K. A. A. et al. Fatores associados à prevalência do vírus da imunodeficiência humana em população privada de liberdade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, 2017.

SOUZA, R. S. R.; MARINHO, M. A. C. Expansão do Sistema Prisional no Brasil: reveses e possibilidades para o século XXI. In: **XV Congresso Brasileiro de Sociologia**, 2011. Disponível em: <[http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=186&Itemid=171](http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=186&Itemid=171)>. Acesso em: 10 dez. 2018

SPEDO, S. M. **Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP)**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The milbank quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STIEF, A. C. F. et al. Seroprevalence of hepatitis B virus infection and associated factors among prison inmates in state of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 5, p. 512-515, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822010000500008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822010000500008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 dez. 2018.

STRAZZA, L. et al. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 197-205, 2007. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2007.v23n1/197-205/>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SCHNEIDERS ML; WEISSMAN, A. Determining barriers to creating an enabling environment in Cambodia: results from a baseline study with key populations and police. **Journal of the International AIDS Society** 2016, 19 (Suppl3) p. 1-9. Disponível em <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20878>. Acesso em 01.12.18.

TRIGO, D.; COSTA, J. B. Infecção VIH: Epidemiologia, História Natural e Diagnóstico. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v. 74, n. 4, p. 371-374, 2016.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Relatório Informativo – Julho 2018**. 2018. 5 p.

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

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013**. Geneva: UNAIDS; 2013.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes. **Guia sobre gênero HIV, AIDS, coinfeccções 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.

VAL, L. F.; NICHATA, L. Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe, p. 145-151, 2014.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L.; HOSSNE, W. S. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Revista Bioética**, v. 26, n. 2, 2018.

VILLARROEL-TORRICO, M. et al. Syphilis, human immunodeficiency virus, herpes genital and hepatitis B in a women's prison in Cochabamba, Bolivia: prevalence and risk factors. **Revista española de sanidad penitenciaria**, v. 20, n. 2, p. 47, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6279188/>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

WERNECK, J. **Racismo institucional: uma abordagem conceitual**. Brasília, 2013.

WERNECK, J; IRACI, N. **A situação dos direitos das mulheres negras no Brasil: violências e violações**. São Paulo: Criola-Geledés, 2016.



ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 785-806, 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/physis/2016.v26n3/785-806/>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

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.

ZUCCHI, E. M. et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n7/e00206617/>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

## APÊNDICES

---

**APÊNDICE I**  
**Roteiro para 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 n° _____ <input type="checkbox"/> Não	
2.	Consultório odontológico	<input type="checkbox"/> Sim n° _____ <input type="checkbox"/> Não	
3.	Consultório multiprofissional	<input type="checkbox"/> Sim n° _____ <input type="checkbox"/> Não	
4.	Sala de coleta de material	<input type="checkbox"/> Sim n° _____ <input type="checkbox"/> Não	
5.	Sala de curativo/sutura com bancada e pia de lavagem	<input type="checkbox"/> Sim n° _____ <input type="checkbox"/> Não	
6.	Celas de observação	<input type="checkbox"/> Sim n° _____ <input type="checkbox"/> Não	
7.	Cela de espera	<input type="checkbox"/> Sim n° _____ <input type="checkbox"/> Não	
8.	Cela (suíte – visita íntima)	<input type="checkbox"/> Sim n° _____ <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	<input type="checkbox"/> Sim	Se não, quando foi a última?
-----	---	------------------------------	------------------------------

	atender e realizar o aconselhamento nos últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Não	
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 reinfeção 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 <sup>a</sup>	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?
<b>Dimensionamento das UP – rotina de trabalho no ambulatório</b>		<b>Observações</b>	
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?

<b>Estrutura (Recursos Humanos)</b>	<b>Unidade prisional</b>	<b>Parâmetros/ Recomendações (preencher depois)</b>	<b>Número</b>	<b>Carga horária/semanal</b>	<b>Vínculo (SAP, SMS, SES, Outro)</b>	<b>Fez treinamento em HIV/aids no último ano (Sim, Não)?</b>
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:	

**APÊNDICE II**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**Diretores Técnicos de Saúde das Unidades Prisionais**

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa denominada “Assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais da Região de Ribeirão Preto/SP”. Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora *Erika Aparecida Catoia* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e pela *Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe*, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e tem como objetivo analisar a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais pertencentes aos municípios de Serra Azul e Ribeirão Preto – SP. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar deste estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista com duração média de 15 minutos onde serão abordadas as seguintes informações: estrutura física e de recursos humanos do setor de saúde da unidade prisional; processo de cuidado à saúde realizado às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids. Destacamos que a sua identificação será mantida em sigilo e para isso será utilizado um código no lugar do seu nome. Os riscos relacionados à sua participação são mínimos como o cansaço durante a entrevista. Se você ficar cansado ou indisposto, a entrevista será encerrada e marcado em novo horário. Ressaltamos que você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação nesta pesquisa. O benefício indireto relacionado à sua participação é proporcionar maior qualidade na assistência prestada às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids, posto que sua participação pode auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas que contemplem a necessidade de sistematizar o atendimento às pessoas privadas de liberdade. Os dados e os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico em forma de pôster, apresentação oral ou artigos, porém sua identificação será mantida em sigilo. Informamos ainda que o (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como não usufruirá de benefícios financeiros para a referida participação. Asseguramos que esta pesquisa não trará prejuízo ao senhor(a) e nem a outras pessoas. Você receberá uma via assinada deste termo deste podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Agradecemos a sua colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma via assinada deste termo e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

\* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe  
Orientadora do Projeto

\_\_\_\_\_  
Erika Aparecida Catoia  
Pesquisadora Responsável

.....  
**CONTATO:** Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário, Ribeirão Preto/SP. CEP 14049-900. Horário de Funcionamento: 8h às 17h. Telefone (16) 36023386  
Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe: (16) 3602-3391; Erika Aparecida Catoia: (16) 91772467.

**APÊNDICE III**  
**Instrumento de Coleta de Dados**

Número do questionário: _____ Entrevistador: _____				
Data da entrevista: __/__/__				
Horário de início da Entrevista _____ Horário de término: _____				
Unidade Prisional: _____ SAE de referência: _____				
Hygia/HC _____				
<b>I. Dados sociodemográficos</b>				
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		
<b>II. Dados sobre a prática sexual</b>				
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	
<b>III- Dados clínicos e de acompanhamento do caso</b>				
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 desânimo;	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 o (a) Sr. (a) já teve alguma doença relacionada à baixa imunidade causada pelo	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

	HIV?				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 <b>prevenir a tuberculose</b> ?			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	
<b>IV- Dados sobre o percurso no sistema prisional</b>					
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): _____				

<b>V. DADOS SOBRE A OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (ELENCO DE SERVIÇOS)</b>				
Para as questões <b>33 a 35</b> responda: <b>1</b> – Nunca; <b>2</b> – Quase nunca; <b>3</b> – Às vezes; <b>4</b> – Quase sempre; <b>5</b> – Sempre; <b>0</b> – Não se aplica; <b>99</b> – Não sabe.				
<b>Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pelos profissionais da equipe de saúde desta Unidade Prisional:</b>				
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 <b>prontamente (no mesmo dia)</b> 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 - <b>(na unidade prisional)</b>	
		35.4	Exames sorológicos (hepatites virais e sífilis) - <b>(na unidade prisional)</b>	
		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.	
<b>VI. DADOS SOBRE A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO).</b>				
Para as questões <b>36 a 40</b> responda: <b>1</b> – Nunca; <b>2</b> – Quase nunca; <b>3</b> – Às vezes; <b>4</b> – Quase sempre; <b>5</b> – Sempre; <b>0</b> – Não se aplica; <b>99</b> – Não sabe.				
<b>Com que frequência os profissionais da equipe de saúde desta Unidade Prisional...</b>				
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	<b>O (A) Sr. (a)</b> 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?	

<b>DADOS SECUNDÁRIOS</b>					
<b>Prontuário</b>					
41.	Linfócitos T CD4+ <b>(fonte secundária)</b>	41.1	Disponível: <b>1ª – UP:</b> 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO	41.1.1 Data: _____	41.1.2 Resultado: _____
		41.2	<b>2ª – CR:</b> 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO	41.2.1 Data: _____	41.2.2 Resultados: _ _____
42.	Carga Viral <b>(fonte secundária)</b>	42.1	Disponível: <b>1ª – UP:</b> 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO		
		42.2	<b>2ª – CR:</b> 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO	42.2.1 Data: _____	42.2.2 Resultado: _____
<b>SISTEMA – PRODESP</b>					
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.	<b>Escore de NÃO ADESÃO:</b> <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

**APÊNDICE IV**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**Especialistas em HIV, Saúde Pública e Assistência à saúde no Sistema Prisional**

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa denominada “Assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais da Região de Ribeirão Preto/SP”. Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora *Erika Aparecida Catoia* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e pela *Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe*, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e tem como objetivo analisar a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais pertencentes aos municípios de Serra Azul e Ribeirão Preto – SP. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar deste estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em avaliar o conteúdo e a pertinência do instrumento de coleta de dados que possui variáveis distribuídas nas seguintes seções: sociodemográficos e comportamentais; trajetória pelo sistema prisional; dados clínicos e de acompanhamento dos casos; dados sobre a dimensão “elenco de serviços”; dados sobre a dimensão “coordenação da assistência”. Destacamos que a sua identificação será mantida em sigilo e para isso será utilizado um código no lugar do seu nome. Os riscos relacionados à sua participação são mínimos como o cansaço durante o processo de avaliação do instrumento de coleta de dados. Considerando o possível cansaço, indisposição e disponibilidade de tempo para avaliação do instrumento de coleta de dados, inicialmente, definimos um prazo de 15 dias para a devolução do material. Contudo, caso seja necessário, podemos negociar a ampliação do prazo determinado com o intuito de viabilizar a sua participação. Ressaltamos que você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa. O benefício indireto relacionado à sua participação é proporcionar maior qualidade no instrumento de coleta de dados e, conseqüentemente, ao próprio estudo, posto que sua participação contribuirá com o aperfeiçoamento da investigação que envolve a assistência prestada às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids. Os dados e os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico em forma de pôster, apresentação oral ou artigos, porém sua identificação será mantida em sigilo. Informamos ainda que o (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como não usufruirá de benefícios financeiros para a referida participação. Asseguramos que esta pesquisa não trará prejuízo ao senhor(a) e nem a outras pessoas. Você receberá uma via assinada deste termo podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Agradecemos a sua colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma via assinada deste termo e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação do instrumento de coleta de dados, bem como dos resultados obtidos posteriormente neste estudo no meio científico.

\* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

Ribeirão Preto, \_\_, de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe  
Orientadora do Projeto

\_\_\_\_\_  
Erika Aparecida Catoia  
Pesquisadora Responsável

.....  
**CONTATO:** Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário, Ribeirão Preto/SP. CEP 14049-900. Horário de Funcionamento: 8h às 17h. Telefone (16) 36023386  
 Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe: (16) 3602-3391; Erika Aparecida Catoia: (16) 91772467.

**APÊNDICE V**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**Pessoas Privadas de Liberdade**

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa denominada “Assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais da Região de Ribeirão Preto/SP”. Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora *Erika Aparecida Catoia* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e pela *Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe*, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e tem como objetivo analisar a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais pertencentes aos municípios de Serra Azul e Ribeirão Preto – SP. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar deste estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista com duração média de 20 minutos onde serão abordadas as seguintes informações: suas características físicas, sociais e comportamentais; sua condição atual de saúde; sua trajetória através do Sistema Prisional; as ações e serviços que são ofertados para sua assistência à saúde; e como a equipe de saúde do sistema prisional realiza o cuidado para o HIV/aids; e a autorização para consulta de seu prontuário de saúde, onde serão coletadas as seguintes informações: dados sobre sua trajetória no Sistema Prisional; e resultados dos últimos exames de CD4+ e Carga Viral realizados. Destacamos que a sua identificação será mantida em sigilo e para isso será utilizado um código no lugar do seu nome. Os riscos relacionados à sua participação são mínimos como o cansaço durante a entrevista ou constrangimento por participar de uma pesquisa relacionada ao HIV/aids. Se você ficar cansado ou indisposto, a entrevista será encerrada e marcado em novo horário. Ressaltamos que você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa. O benefício indireto relacionado à sua participação é melhorar a qualidade da assistência prestada às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids, posto que sua participação pode auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas que contemplem a necessidade de sistematizar o atendimento às pessoas privadas de liberdade. Os dados e os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico em forma de pôster, apresentação oral ou artigos, porém sua identificação será mantida em sigilo. Informamos ainda que o (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como não usufruirá de benefícios financeiros para a referida participação. Asseguramos que esta pesquisa não trará prejuízo ao senhor (a) e nem a outras pessoas. Você receberá uma via assinada deste termo deste podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Agradecemos a sua colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma via assinada deste termo e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

\* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe  
Orientadora do Projeto

\_\_\_\_\_  
Erika Aparecida Catoia  
Pesquisadora Responsável

**CONTATO:** Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário, Ribeirão Preto/SP. CEP 14049-900. Horário de Funcionamento: 8h às 17h. Telefone (16) 36023386  
 Profª. Dra. Aline Aparecida Monroe: (16) 3602-3391; Erika Aparecida Catoia: (16) 91772467.

**ANEXOS**

---



## ANEXO I



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 241/2013

Ribeirão Preto, 16 de outubro de 2013

***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,

  
**Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Profª. Drª. Aline Aparecida Monroe**

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

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, em 16 de outubro de 2013.

**Protocolo CAAE: 19324813.9.0000.5393**

**Projeto:** Assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais da região de Ribeirão Preto/SP.

**Pesquisadores:** Aline Aparecida Monroe  
Erika Aparecida Catoia

## ANEXO II

GABINETE DO SECRETÁRIO E ASSESSORIAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



São Paulo, 20 de fevereiro de 2014.

Data de Entrada: 27/01/2014  
2ª Avaliação  
CAAE: 235.244413.3.000.5563

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-SAP Nº 19/2013**

**ANÁLISE DO PROJETO**

Título: **Análise da Atenção à Saúde prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em unidades prisionais da região de Ribeirão Preto/SP**

Pesquisador Responsável: Erika Aparecida Catoia

Discente associado: n/a

Pesquisador Associado: n/a

Instituição: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Departamento/ Disciplina: Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

**PARECER DO COLEGIADO**

Apresentado a este Comitê para análise segundo normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (12/12/12), foi considerado:

- APROVADO  
 PENDENTE  
 REPROVADO

Data 20/02/2014.

**FÁTIMA FRANÇA**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo