

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS – UNIEVANGÉLICA
CURSO DE MEDICINA

**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA
FEMININA DE ANÁPOLIS - GOIÁS**

Horrana Carolina Bahmad Gonçalves
Jordana Daniella Inêz da Silva
Ricardo da Silva Vieira
Sarah Coelho Borges
Vanessa Ribeiro

ANÁPOLIS- GO

2021

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS – UNIEVANGÉLICA
CURSO DE MEDICINA

**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA
FEMININA DE ANÁPOLIS – GOIÁS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de iniciação científica do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof^a. Me. Marcela de Andrade Silvestre.

ANÁPOLIS – GO

2021

RESUMO

O Brasil se encontra na quarta posição mundial em relação ao tamanho absoluto de mulheres encarceradas as quais, em sua maioria, são solteiras, jovens com idade de 18 a 29 anos e negras. Assim, os determinantes sociais desse grupo são, muitas vezes, responsáveis pelas iniquidades de saúde vivenciadas, representados pelo baixo fator socioeconômico, escolar, além de serem oriundas de camadas sociais desfavorecidas. O objetivo deste estudo é identificar a prevalência de sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatite B e C em mulheres encarceradas em um sistema penitenciário de Anápolis, Goiás, bem como os fatores de riscos associados. O presente estudo caracteriza-se como corte retrospectivo descritivo realizado a partir de dados secundários oriundos de uma unidade de saúde Prisional de um presídio de Anápolis-GO. As informações de prontuário foram fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, em que o processo de execução e repasse dos resultados são de responsabilidade dos pesquisadores. Foram considerados e respeitados todos os princípios éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos no Brasil baseando-se na resolução nº466 de 2012. Cabe ressaltar que a amostra foi composta por 49 participantes, alterada considerando os critérios de inclusão e exclusão. O instrumento de coleta baseia-se num questionário estruturado em forma de checklist com variáveis sociodemográficas. A coleta dos dados ocorreu em cinco etapas cronológicas sendo selecionados no prontuário de acordo com os critérios de inclusão, montando uma planilha de dados com tabelas e registros digitais. Foram analisados 26 prontuários em que a média de idade é de 30,9 (desvio padrão=9,4). No perfil sociodemográfico houve predominância da raça parda (57,7%), do consumo de bebidas alcóolicas (53,8%) e em todos os casos o tabagismo esteve presente. Observou-se que a maioria faz uso de proteção sexual (88,5%), o que corrobora para redução do índice de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Predominância de mulheres com vida sexual ativa (53,8%) e quanto à orientação sexual, todas declararam ser heterossexuais. Já quanto à utilização de métodos contraceptivos apenas 42,3% tinham essa prática. Nos prontuários avaliados, todas as mulheres avaliadas tiveram o teste rápido (TR) para HIV e hepatite C negativos, 92,3% apresentaram TR para sífilis negativo, portanto, 7,7% tinham TR positivo para sífilis. Dentre esses casos confirmados, ambas se encontravam gestantes no momento de diagnóstico e nenhuma apresentava sintomatologia. Apesar de encontrada baixa prevalência de IST nessa população, devido a fatores como amostra e local de estudo, é fundamental uma atenção integral voltada à saúde dessa população, pelo histórico vulnerável do perfil sociodemográfico das mulheres privadas de liberdade, diminuindo o estigma, preconceitos e principalmente a perpetuação dessas IST presentes nesse meio.

Palavras-chave: infecções sexualmente transmissíveis; mulheres em privação de liberdade; saúde da mulher.

ABSTRACT

Brazil is in the fourth position in the world in relation to the absolute size of incarcerated women, most of whom are single, young people aged 18 to 29 years old and black. Thus, the social determinants of this group are often responsible for the health inequities experienced, represented by the low socioeconomic and school factors, in addition to being from disadvantaged social strata. The aim of this study is to identify the prevalence of syphilis, human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis B and C in women incarcerated in a penitentiary system in Anápolis, Goiás, as well as the associated risk factors. The present study is characterized as a retrospective descriptive section made from secondary data from a prison health unit in a prison in Anápolis-GO. The medical record information was provided by the Municipal Health Department, in which the process of execution and transfer of results is the responsibility of the researchers. All ethical principles that guide research with human beings in Brazil were considered and respected, based on Resolution No. 466 of 2012. It should be noted that the sample consisted of 49 participants, changed considering the inclusion criteria and exclusion. The collection instrument is based on a structured questionnaire in the form of a checklist with sociodemographic variables. Data collection took place in five chronological steps, being selected from the medical record according to the inclusion criteria, assembling a data spreadsheet with tables and digital records. 26 medical records were analyzed, with an average age of 30.9 (standard deviation = 9.4). In the sociodemographic profile, there was a predominance of brown race (57.7%), consumption of alcoholic beverages (53.8%) and in all cases smoking was present. It was observed that the majority make use of sexual protection (88.5%), which corroborates to reduce the rate of sexually transmitted infections (STI). Predominance of women with active sexual life (53.8%) and regarding sexual orientation, all declared to be heterosexual. As for the use of contraceptive methods, only 42.3% had this practice. In the evaluated medical records, all the women evaluated had a rapid test (RT) for HIV and hepatitis C negative, 92.3% had TR for negative syphilis, therefore, 7.7% had a positive TR for syphilis. Among these confirmed cases, both were pregnant at the time of diagnosis and none had symptoms. Despite the low prevalence of STIs in this population, due to factors such as sample and place of study, comprehensive care focused on the health of this population is essential, due to the vulnerable history of the sociodemographic profile of women deprived of liberty, reducing stigma, prejudice and especially the perpetuation of these STIs present in this environment.

Keywords: sexually transmitted infections; women deprived of liberty; women's health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
2.1 Contextualização acerca das IST no sistema prisional brasileiro.....	09
2.2 Contextualização acerca das demandas de saúde da população carcerária feminina.....	10
2.3 Sífilis.....	11
2.4 HIV.....	16
2.5 Hepatite B e C.....	21
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo Geral.....	24
3.2 Objetivos Específicos.....	24
4. METODOLOGIA.....	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Local de estudo.....	25
4.3 População e amostra.....	25
4.3.1 Critérios de elegibilidade.....	26
Critérios de Inclusão.....	26
Critérios de Exclusão.....	26
4.4 Fonte dos dados.....	26
4.4.1 Procedimentos para coleta dos dados.....	27
4.5 Variáveis de Estudo.....	27
4.5.1 Variáveis de Exposição.....	27
4.5.2 Variáveis de Desfecho.....	27
4.6 Análise de dados.....	27
5. RESULTADOS	29

6. DISCUSSÃO.....	31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
9. APÊNDICES.....	43
Apêndice 1 Termo de dispensa de consentimento livre e esclarecido	43
Apêndice 2 Termo de autorização para utilização e manuseio de dados.....	44
Apêndice 3 Declaração de instituição coparticipante.....	45
Apêndice 4 Instrumento para coleta de dados.....	47
10. ANEXOS.....	49
Anexo 1 Parecer de aprovação do comitê de ética.....	49

1. INTRODUÇÃO

A população carcerária alcança mais de 11 milhões em todo o mundo e esse número cresce exponencialmente de maneira global. Diante desse quadro, ao se avaliar o somatório da população prisional nos 10 países que mais aprisionam (Estados Unidos, China, Rússia, Brasil, Índia, Tailândia, Indonésia, Turquia, Irã e México) eles correspondem a mais de 60% desse total. Assim, quando observamos a população encarcerada feminina nota-se que o Brasil se encontra na quarta posição mundial (AUDI *et al.*, 2016).

No Brasil, o número de mulheres privadas de liberdade varia de forma significativa entre os diferentes estados. A exemplo desse quadro, São Paulo concentra 36% de toda a população prisional feminina do país, com 15.104 mulheres presas, seguido por Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro, que juntos somam 20% desse total. O estado de Goiás, então, situa-se no ranking nacional em 11º lugar, abrigando aproximadamente 990 mulheres (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b).

Além disso, o crescimento da população carcerária feminina no Brasil foi de 37,47% nos últimos anos. Assim, para pensar nas condições de saúde dessa população é preciso considerar suas individualidades ao se traçar um perfil da população feminina encarcerada. Nota-se, então, que a maioria são mulheres solteiras (62%), jovens com idade de 18 a 29 anos (50%) e negras (62%). Considerando nessa perspectiva o fator socioeconômico, elas apresentam-se em sua maioria como responsáveis pelo sustento familiar, possuem baixa escolaridade, são oriundas de camadas sociais desfavorecidas economicamente e antes do encarceramento exerciam atividades de trabalho informal. Evidencia-se, assim, que os determinantes sociais presentes nesse grupo são, muitas vezes, responsáveis pelas iniquidades de saúde que essas pessoas vivem (BRASIL, 2018b).

Paralelo a isso, as políticas prisionais e de assistência à saúde a essa população não têm acompanhado esse crescimento e muitas vezes atuam ignorando as necessidades especiais de saúde das mulheres encarceradas. Entende-se que a saúde consiste em um direito humano fundamental e constitucional de todos, especialmente para os indivíduos detidos sob a custódia do Estado (AUDI *et al.*, 2016; OLIVEIRA; SANTOS, 2016a).

A atual configuração do sistema carcerário se dá em um cenário o qual percebe-se, na maioria dos casos, a alienação dos direitos humanos, dentre eles o direito à saúde. Diante disso, é necessário que o profissional de saúde tenha uma visão que fuja ao senso comum e enxergue as prisões como locais passíveis de mudanças numa rede complexa de saúde, em seu conceito mais amplo de assistência que alcança populações vulneráveis. Esse quadro pode ser

justificado pelo fato dessa população carcerária advir de um contexto de invisibilidade social que fortalece o não acesso à saúde, mesmo em liberdade. Porém, o modelo atual faz com que essas pessoas retornem para a sociedade com problemas físicos e psíquicos agravados, ao invés de prevenidos ou em tratamento a partir do fortalecimento de cuidados específicos (FAZEL; BAILLARGEON, 2011; MARTINS *et al.*, 2014).

Devemos considerar que o conceito histórico alicerçado na punição da criminalidade, fundamentado no modelo de confinamento e a tentativa falha de preparação para reinserção social, reafirma o comportamento cultural e social de marginalização e invisibilidade. Em todo esse contexto de banalização temos ainda mais acentuado a desvalorização do papel da mulher. Esse fato é comum em toda a sociedade pelo modelo patriarcal histórico instituído, onde o cárcere feminino é um microcosmo ainda mais hostil o que se desdobra em desafios no que tange aos fatores impulsionadores de recuperação do ser social, manutenção dos seus direitos humanos e à saúde (BARCINSKI; CÚNICO, 2014).

Nesse sentido, no que diz respeito às condições de confinamento, doenças decorrentes da superlotação e de condições sanitárias precárias, como tuberculose, hanseníase, hepatites são frequentes. A falta de acesso à prevenção de doenças como câncer de útero, ovários e de mama, também está presente de forma significativa. Além do mais, há registros que os exames, que garantem a saúde da mulher, são disponibilizados às detentas em pouquíssimas unidades prisionais brasileiras. Entre as mulheres com agravos transmissíveis, 46% são portadoras do vírus da imunodeficiência humana (do inglês *human immunodeficiency virus* – HIV) e 35% são portadoras de sífilis (ASSUNÇÃO, 2010; CANAZARO, 2010; BRAGATTO, 2013; AUDI *et al.*, 2016).

O mesmo acontece em relação às doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias e gástricas que também são relatadas em maior quantidade entre essa população do que nas demais, assim como, transtornos mentais leves e a dependência de drogas. Isso reforça, a necessidade de pensar em saúde de forma ampla para esses indivíduos e ainda repensar a estruturação do sistema carcerário brasileiro para que de fato haja a reabilitação do indivíduo, e que não cause sequelas estruturais e sociais (BRASIL, 2004c).

Assim, considerando as condições históricas de desigualdade do nosso país no que tange às iniquidades sociais, econômicas, de gênero e de saúde, fazem com que os indivíduos em condições de vulnerabilidade, no caso as mulheres privadas de sua liberdade, mereçam ter o acesso a um olhar da equipe de saúde para a promoção, proteção e reabilitação em saúde biológica, psíquica e social. Além disso, investigar as condições de saúde dessa população

possibilitará sua visibilidade e possíveis diagnósticos negligenciados, viabilizará intervenções sociais importantes para manutenção da cidadania (COSTA *et al.*, 2017; BRASIL, 2019h).

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo identificar as condições de saúde sexual das mulheres do sistema prisional feminino de Anápolis, Goiás, a fim de reconhecer suas demandas, bem como as condições de prevalência de IST como HIV, sífilis e hepatite B e C bem como os fatores de risco associados a fim de fortalecer seus direitos, contribuintes para o acesso à saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contextualização acerca das IST no sistema prisional brasileiro

O sistema penitenciário brasileiro vem passando por sérios problemas estruturais e de assistência à saúde, o que culmina em consequências trágicas para a superpopulação que ali se encontra. Em contrapartida, tem-se um Sistema Único de Saúde (SUS) que assiste esses locais e assegura em seus princípios qualidade de vida e acesso a saúde de maneira universal. Porém, é evidente que não há uma preocupação clara em conhecer o status imunológico para determinadas infecções, como a HIV, sífilis e as hepatites B e C, devido à falta de estratégias de controle por meio de políticas públicas para o assunto. Assim, pode-se afirmar que o atendimento nesse ambiente é deficitário e os reflexos desse cenário são muitas doenças infecciosas, limitações das ações voltadas para prevenção e imunização, além do desinteresse dos próprios profissionais responsáveis por tais funções (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Ao se estabelecer o perfil dessas mulheres, nota-se que elas são solteiras, possivelmente se relacionam com múltiplos parceiros, o que as tornam suscetíveis a essas infecções. Paralelo a isso, pode-se dizer que algumas doenças provavelmente têm alta prevalência, como é o caso da sífilis, porque a maioria da população não conhece as características dessa IST para assim realizar-se a prevenção ou quando fazem, isso se dá de maneira incorreta. Reflexivamente, a forma de transmissão, a dificuldade de acesso às informações sobre sinais e sintomas são fatores que postergam o acesso ao serviço de saúde e dificultam ainda mais o tratamento (ARAÚJO; FILHO; FEITOSA, 2015).

Outro fator preocupante que contribui para a disseminação desse quadro descrito acima são os hábitos pessoais das detidas que podem levar a infecção por hepatite C, visto que a sua transmissão se dá pela via parenteral. Então, o uso de drogas ilícitas, tatuagens, lâminas de barbear, são considerados fatores de risco relevantes para essa doença que pode evoluir gravemente para uma hepatite crônica, cirrose e hepatocarcinoma (ROSA *et al.*, 2012).

Sendo assim, o conhecimento, pelos responsáveis do sistema, da condição de vulnerabilidade que esse grupo se encontra, fortalece as linhas de cuidados mínimos à saúde que deve ser dirigida a esse grupo de mulheres. Sabe-se que mulheres são consideradas uma população particularmente vulnerável a infecções sexualmente transmissíveis. Desse modo, a tentativa é garantir a assistência desde a detecção de um soropositivo, para alguma doença infecciosa, o monitoramento, até o tratamento para evitar complicações e internações no período de reclusão, como visto na infecção por HIV, a qual pode proporcionar comprometimento imunológico e posteriormente doenças oportunistas responsáveis pela sub

qualidade de vida e mortalidade da doença, como coinfeções por hepatite B e C, sífilis e outras doenças (MEIRELLES *et al.*, 2010; BRASIL, 2018d).

2.2 Contextualização acerca das demandas de saúde da população carcerária feminina

O sistema penitenciário brasileiro é marcado, além da superlotação, pela falta de acesso à saúde, sendo mais notável ainda o agravamento desse fator em presídios femininos, considerando a vulnerabilidade dessa população. Tal situação pode ser alicerçada pela realidade social em que se tem a banalização sexual e invisível das mulheres, tornando desafiadora a busca pela promoção e prevenção da saúde desse grupo. Consequentemente, essa visão reforça ainda mais os fatores de exclusão social que colocam a coletividade feminina em situação de iniquidade e vulnerabilidade (KIM, 2009; COSTA *et al.*, 2017).

Os problemas enfrentados pelo microcosmo carcerário brasileiro são agravados nas prisões femininas pelo alicerce patriarcal que fortalece na sociedade a discriminação de gênero. Sendo assim, apesar de constituírem uma pequena parcela em número da população carcerária quando comparadas com os homens, as mulheres recebem um tratamento inferior ao atendimento prestado à saúde que, por sua vez, já é em seu histórico extremamente precário (FRANÇA, 2015).

Fica evidente a necessidade de maior atenção à promoção da saúde da mulher presidiária, não só pelos maiores riscos presentes no ambiente prisional, mas também pela carência de ações preventivas oferecidas pelo sistema assistencial carcerário. Assim, a equipe multiprofissional, tem um papel fundamental nesse cenário, em disseminar sua atuação às populações vulneráveis e estigmatizadas, nesse caso como membros atuantes na consolidação e efetivação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) (KIM, 2009; BRASIL, 2015e).

Entendendo, então, a importância da sexualidade na vida do ser social como um componente da saúde e garantia de seus direitos como cidadão, objetivou-se investigar as experiências relacionadas ao tema e o conhecimento sobre a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis de mulheres encarceradas. Portanto, pela negligência ao assunto, discute-se a necessidade de atividades educativas que atuem sobre a vida sexual desse grupo em privação de liberdade ao abordar seus direitos e a importância de uma vida sexual saudável, apesar de se encontrarem em um ambiente hostilizado que não propicie tais condições para a discussão (COSTA *et al.*, 2017).

2.3 Sífilis

A sífilis é uma infecção sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, que tem como características lesões e ulcerações na pele nas fases iniciais da doença. Apresenta-se também como uma doença de evolução lenta, que tem três fases – primária, secundária e terciária (tardia) – sendo que as duas primeiras são abundantes em treponemas circulantes e, portanto, possuem uma maior capacidade para a transmissão. Além disso, é uma IST que está se perpetuando na sociedade e é considerada um problema de saúde pública (PASSOS, 2005; SILVA, 2016a).

Nesse contexto, em 2008, a Organização Mundial da Saúde estimou em 10,6 milhões o número de novos casos de sífilis em adultos em todo o mundo. No Brasil, o número de casos aumentou no período de 2014 a 2016, em que foram notificados 87.593 casos em 2016, sendo um dos motivos o desabastecimento de penicilina benzatina, em nível global. Além disso, tem-se o aumento de notificação atribuído a ampliação da distribuição do teste rápido. Assim, mesmo com as ações de saúde pública, de 2013 a meados de 2018 foram registrados 21.279 casos em Goiás, de acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2018, publicado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) (WHO, 2008a; BRASIL, 2018f; COELHO *et al.*, 2018).

Concomitante a esse cenário, ao observarmos o quadro clínico da doença, as lesões de pele se apresentam conforme a fase da infecção, sendo que na primária aparece o cancro duro (21 a 30 dias após infecção): lesão única, indolor, brilhante, com endureção ao redor e na base. Já na fase secundária, ocorre o exantema generalizado e simétrico, sem prurido, é a roséola sífilítica (50 a 180 dias após a infecção) e as erupções cutâneas denominadas de sífilides que podem ser papulosas, liquenóides, pápulo-crostosas, além do condiloma plano. Há, nessa fase, o comprometimento das mucosas com placas erosivas e ricas em treponemas, alterações nos pelos como a alopecia, unhas e linfonodos. Então, na fase tardia, há o desenvolvimento das gomas sífilíticas, com comprometimento de tecidos variados, em particular o ósseo, o sistema nervoso central - neurosífilis e o cardiovascular (PASSOS, 2005; FERNANDES *et al.*, 2015; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

A evolução da sífilis quando não tratada geralmente é dividida em 2 estágios: precoce e tardio. Considera-se sífilis precoce o primeiro ano após a infecção e inclui as seguintes fases: incubação: 21 dias, intervalo 3-90 dias; primária: cancro com adenopatia satélite; secundária: 6-8 semanas após o aparecimento da lesão primária e latência precoce (menos de um ano). A sífilis tardia é considerada o período que vai além de um ano a partir da infecção e pode incluir as seguintes fases clínicas: latência tardia (mais de 1 ano); sífilis terciária (neurosífilis tardia, sífilis cardiovascular, osso). Vale ressaltar que, quando não tratadas, cerca

de 35% dos doentes irão progredir para a cura espontânea da doença, 35% permanecerão em estado de latência por toda vida e os restantes progredirão para sífilis terciária, podendo gerar neurosífilis, aortite e goma sífilítica (PETERMAN *et al.* 2005; BRASIL, 2016g).

O Quadro 1 correlaciona as manifestações clínicas de sífilis adquirida com a evolução e estágios da doença (BRASIL, 2019h).

QUADRO 1: Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença.

ESTÁGIOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares e hepáticos
Latente recente (até dois anos de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de dois anos de duração)	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de artérias coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações

	psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.
--	---

Fonte: Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com IST (2020).

Diante disso, a atenção básica é a porta de entrada para o usuário do SUS, cabendo aos profissionais de saúde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a notificação da sífilis. Porém, mesmo com as estratégias de políticas públicas de saúde, disseminação de informações, distribuição de preservativos, medicações e a disponibilidade de testagem rápida, não se tem o controle da doença no país. Ao contrário, percebe-se um aumento da taxa de detecção, que deve ser estudada para que ações preventivas sejam fundamentadas nesse contexto (SILVA, 2016b).

No que se refere à assistência aos pacientes com sífilis adquirida, pode-se dizer que o diagnóstico dessa patologia é possível por meio da identificação de suas formas clínicas, sendo mais comum a sífilis primária cuja lesão típica é o cancro duro, ou diretamente de forma laboratorial. Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica no que tange ao diagnóstico em que se caracterizam pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos (Quadro 2) (BRASIL, 2019h; MAHMUD *et al.*, 2019).

QUADRO 2: Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos.

TESTES IMUNOLÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL ¹ RPR ² TRUST ³	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	Treponêmicos	FTA-Abs ⁴ ELISA ⁵ /EQL ⁶ /CMIA ⁷ TPHA ⁸ /TPPA ⁹ /MHA-TP ¹⁰	São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.

			São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.
<p>Notas:</p> <p>¹VDRL Pesquisa Laboratorial de Doença Venérea (do inglês Venereal Disease Research Laboratories); ²RPR Reaginas Plasmáticas Rápidas (do inglês Rapid Test Reagin); ³TRUST Teste Sorológico do Vermelho de Toluidina sem Aquecimento (do inglês Toluidine Red Unheated Serum Test); ⁴FTA-Abs Teste de Anticorpos Treponêmicos Fluorescentes com Absorção (do inglês Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption); ⁵ELISA Ensaio de Imunoabsorção Enzimática (do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); ⁶EQL Ensaio imunoenzimático; ⁷CMIA Ensaio de quimiluminescência; ⁸TPHA Testes de hemaglutinação (do inglês T. Pallidum Haemagglutination Test); ⁹TPPA Teste aglutinação de partículas (do inglês T. Pallidum Particle Agglutination Assay); ¹⁰MHA-TP Ensaio de micro-hemaglutinação (do inglês Micro-Haemagglutination Assay); ¹¹TR Teste rápido.</p>			

Fonte: Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com IST, (2019).

Desse modo, o teste VDRL consiste em uma reação de floculação entre um antígeno lipídico, cardiolipina, e o soro do paciente, realizado em um suporte de cristal e a reação é observada em um microscópio. No teste RPR, partículas de carbono são utilizadas para visualizar a reação do antígeno/anticorpo. A sensibilidade desses testes é de 85-100%, dependendo do estágio da doença e a especificidade é de 95-99% (KNAUTE *et al.*, 2012).

Nos últimos anos, vários TR de diagnóstico de sífilis foram desenvolvidos por punção digital com sensibilidade e especificidade comparáveis aos testes tradicionais, unindo as vantagens de não requerer extração de sangue, podendo ser realizados em qualquer lugar e não exigindo pessoas especializadas. Os mais comuns são baseados em imunocromatografia e detecção de anticorpos treponêmicos (SANTOS; ASSIS, 2011).

Cabe ressaltar que os testes laboratoriais para o diagnóstico de sífilis devem ser feitos em duas etapas, uma de triagem e outra confirmatória, sendo utilizado na unidade o TR como triagem e o VDRL como teste confirmatório, pois podem ser quantificados seus títulos (QUEIROZ *et al.*, 2015).

Os esquemas terapêuticos utilizados no tratamento da sífilis dependem do estadiamento clínico, que pode ser sífilis recente, tardia e neurosífilis. O Quadro 3 apresenta esses esquemas de acordo com a classificação clínica (BRASIL, 2019h).

QUADRO 3: Tratamento e monitoramento da sífilis.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA¹ (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até dois anos de evolução).	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI ³ , IM ⁴ , dose única (1,2 milhão UI ³ em cada glúteo).	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO ⁵ , por 15 dias.	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI ³ , IM ⁴ , 1x/semana (1,2 milhão UI ³ em cada glúteo) por 3 semanas ² . Dose total: 7,2 milhões UI ³ , IM ⁴	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO ⁵ , por 30 dias.	Teste não treponêmico trimestral (Em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI ³ , 1x/dia, EV ⁶ , administrada em doses de 3-4 milhões UI ³ , a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 2g IV ⁷ , 1x/dia, por 10-14 dias.	Exame de LCR ⁸ de 6/6 meses até normalização.

Notas:

¹ A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes;

² A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO,2016b); ³UI Unidades internacionais; ⁴ IM Via intramuscular; ⁵ VO Via oral; ⁶ EV Via endovenosa; ⁷ IV Via intravenosa; ⁸ LCR Líquido cefalorraquidiano.

Fonte: Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com IST (2019).

O ambiente prisional oferece maiores riscos aos indivíduos confinados e proporciona maior exposição às ameaças físicas e à transmissão de doenças infecciosas. Aliadas a esses fatores, as mulheres encontram-se suscetíveis às IST/ HIV devido à maior vulnerabilidade por parte das presidiárias quando comparadas à homens presos, diante de suas histórias pregressas, relatos em geral, de relacionamentos com vários parceiros, o que resulta em gravidezes indesejadas, abortos, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras (NICOLAU; PINHEIRO, 2012; SILVA; MENDES, 2016c).

2.4 HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome - AIDS*) é considerada uma das mais graves IST e um relevante problema de saúde pública, ocasionada por meio da infecção do HIV. Sua transmissão ocorre basicamente por meio de três mecanismos: contato sexual com parceiro infectado, transmissão vertical (mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento) e exposição ao sangue infectado ou produtos relacionados (BRASIL, 2002i).

O HIV-1 (vírus da imunodeficiência humana tipo 1, do inglês human immunodeficiency vírus - type 1) e HIV-2 (vírus da imunodeficiência humana tipo 2, do inglês human immunodeficiency vírus - type 2) é caracterizado por ser um RNA vírus, da Família Retroviridae e subfamília Lentivirinae. Necessitam de uma enzima denominada transcriptase reversa para sua multiplicação, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode, assim, integrar-se ao genoma do hospedeiro. Como mostrado na figura 1, o vírus apresenta uma camada mais externa, o envelope, que contém lipídios e proteínas. As proteínas virais encontradas no envelope são as glicoproteínas gp120, mais externa e responsável pela ligação do vírus com as células hospedeiras que está ligada a gp41, que atravessa o envelope viral. Já na parte interna do envelope viral, há uma estrutura proteica constituída pela p17 e o capsídeo viral pela proteína p24, que envolve duas fitas de RNA (genoma viral) e as enzimas transcriptase reversa, integrase e protease. Essas proteínas, ou os anticorpos contra elas, são detectadas em testes laboratoriais (BRASIL, 2002i).

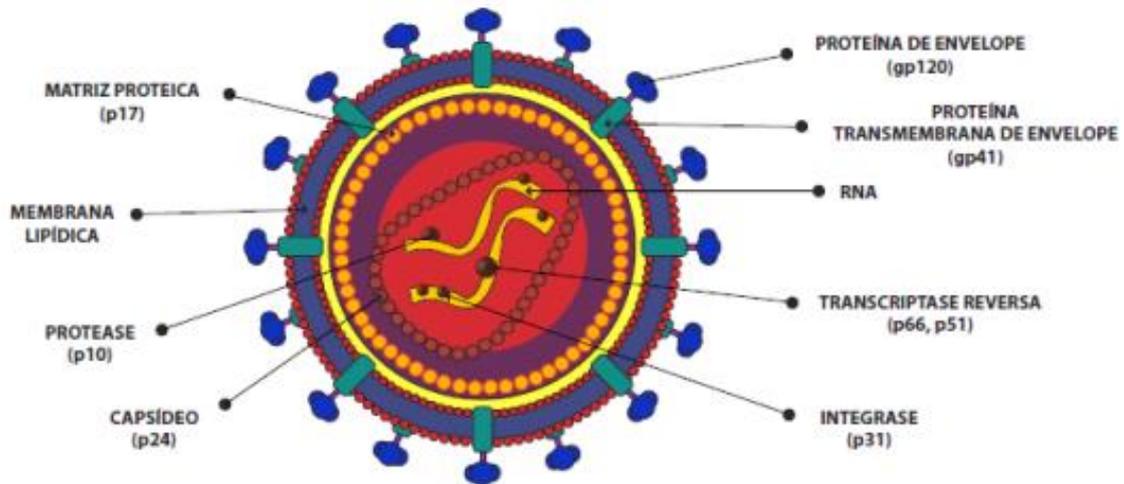


Figura 1: Representação esquemática do vírus HIV-1. Fonte: Ministério da Saúde (2017m).

O ciclo viral constitui-se pela ligação da gp120 ao receptor específico da superfície celular, principalmente linfócitos T-CD4, a fusão do envelope do vírus com a membrana da célula hospedeira e por fim a transcrição do RNA viral em DNA complementar, pela enzima transcriptase reversa. Há o transporte também do DNA para o núcleo da célula, onde pode haver formação do provírus, dependente da enzima integrase, o qual é reativado e produz RNA mensageiro viral que migra para o citoplasma da célula. Além disso, a enzima protease, produz e quebra em subunidades as proteínas virais e assim são capazes de regular a síntese de novos genomas, e formam a estrutura externa de outros vírus que serão liberados pela célula hospedeira para infectar novas células (BRASIL, 2002i).

Ao observar-se as estatísticas globais, aproximadamente 40 milhões de pessoas no mundo vivem com HIV. Quando diz respeito ao Brasil, estima-se que mais de 800 mil pessoas vivam com a doença e cerca de 112 mil não sabem que estão infectadas. Por conseguinte, de maneira mais restritiva ao espectro avaliado, ao referir-se ao Estado de Goiás de 2007 a 2018 foram notificados 7146 casos de HIV em na população entre maiores de 13 anos. Cerca de 75% dos casos correspondem a indivíduos do sexo masculino e 25% do sexo feminino, aproximadamente (BRASIL, 2018j; UNAIDS, 2019).

Ao referir-se aos sistemas carcerários femininos, o índice de HIV entre as mulheres chega a ser duas vezes maior em comparação a população em liberdade. Vários fatores de risco contribuem para a vulnerabilidade nas prisões, como as relações sexuais sem o uso de preservativo, compartilhamento do uso de drogas, injetáveis, lâminas de barbear e piercings que muitas vezes são reforçados pela história pregressa dessas mulheres como a baixa

escolaridade, violência física e/ou sexual e condições socioeconômicas limitadas (SILVA; MENDES, 2016c).

Diante disso, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos do ano de 2018, ao observar a infecção pelo HIV nota-se um amplo espectro de apresentações clínicas, estima-se que entre o contágio e a doença propriamente dita curse em torno de 10 anos entre indivíduos não tratados. Desse modo, considera-se a infecção aguda pelo HIV aquela que ocorre nas primeiras semanas de infecção com intensa proliferação viral, ou seja, nota-se um aumento da carga viral de HIV e redução dos níveis de linfócitos T-CD4. A fase aguda vem acompanhada de manifestações clínicas que compõem a Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que incluem febre, faringite, cefaléia, mialgia, linfadenomegalia, sinais e sintomas autolimitados os quais muitas vezes somem em até 4 semanas. Como esse quadro se assemelha a muitas outras infecções virais, urge a necessidade de sempre realizar investigação para o HIV (BRASIL, 2018k).

Considerando as características clínicas desse agravo tem-se paralelamente a fase de latência clínica, observa-se que ao exame físico, a linfadenopatia que é a manifestação que pode persistir após a fase aguda. No entanto, à medida que há progressão da infecção, inicia-se quadros de infecções atípicas e até mesmo reativação das antigas. Há infecções que são preditoras de evolução para o quadro de AIDS, como a candidíase oral que também foi associada ao aparecimento consecutivo de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*. Outras manifestações também como a febre de origem indeterminada, diarreia crônica e a leucoplasia oral pilosa, caracterizam prenunciadores de imunossupressão grave (BRASIL, 2018g).

Logo, a AIDS, constitui o estágio mais avançado da doença do vírus HIV no qual o indivíduo se torna mais vulnerável, onde organismo fica sujeito a agravos - as denominadas infecções oportunistas - que vão desde resfriados simples a casos de tuberculose ou até mesmo câncer (RACHID, SCHECHTER, 2017).

O diagnóstico da infecção pelo HIV é executado por meio da coleta de sangue ou fluido oral. No Brasil, ocorre a partir da realização de exames laboratoriais e testes rápidos (detectam anticorpos anti-HIV em 30 minutos), ambos realizados gratuitamente pelo SUS. A infecção pode ser detectada em 30 dias a partir do contato desprotegido considerando-se a janela imunológica (BRASIL, 2019m).

Quanto ao tratamento, a terapia antirretroviral (TARV) deve ser iniciada no momento em que o portador do vírus estiver informado e ciente dos riscos e benefícios da terapia, além de motivado e disposto para o tratamento, sempre respeitando sua autonomia. A Atenção Básica constitui porta de entrada preferencial do SUS, responsável por acolhimento e

corresponsabilidade das necessidades de saúde da pessoa com vírus HIV, as Unidades de Saúde devem dar atenção aos assintomáticos e promover o controle daqueles estáveis. O início da TARV é priorizado em pessoas sintomáticas, contagem de linfócitos T-CD4 menor que 350 células/mm³, gestantes, portador de Hepatite B e C e com risco cardiovascular elevado, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos de 2018 (BRASIL, 2018k).

No Brasil, os antirretrovirais são distribuídos gratuitamente pelo SUS e o esquema inicial de preferência inclui a combinação de três medicamentos, associação de dois inibidores nucleosídicos e nucleotídicos da transcriptase reversa (ITRN/ITRNt), tenofovir (TDF) e lamivudina (3TC), juntamente a um inibidor da integrase (INI), o dolutegravir (DTG). Há exceções aos medicamentos do esquema inicial, em casos de coinfeção de HIV com tuberculose (TB-HIV) e mulheres portadoras do vírus que estão gestantes ou com possibilidade de engravidar (Quadro 4). Assim, para monitoramento da eficácia da TARV é realizada a quantificação das partículas virais no plasma, a significância da carga viral (CV) está correlacionada diretamente à probabilidade de progressão da infecção, após o início da terapia a CV deve ficar abaixo do limite de detecção até o sexto mês e permanecer (BRASIL, 2018k; RACHID, SCHECHTER, 2017).

QUADRO 4: Esquema de TARV inicial preferencial para adultos

SITUAÇÃO	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÃO
Adultos em início de tratamento¹	TDF ² /3TC ² + DTG ⁴	(300mg/300mg) “2x1”+ 50mg 1x/dia	
Coinfeção TB-HIV⁴ sem critérios de gravidade (conforme critérios elencados abaixo)	TDF ² /3TC ² /EFV ⁵	(300mg/300mg/600mg) – DFC ⁶ 1x/dia	Concluído o tratamento completo para TB ⁷ , poderá ser feita a mudança (switch) do EFV ⁵ para DTG ⁴ .
Coinfeção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo⁸:	TDF ² /3TC ² + RAL ¹⁰	(300mg/300mg) “2 x 1” 1x/dia + 400mg 12/12h	Concluído o tratamento completo de TB ⁷ , deverá ser feita a mudança (switch) do RAL ¹⁰

LT-CD4⁹<100 cels/mm³ Presença de outra infecção oportunista Necessidade de internação hospitalar/doença grave Tuberculose disseminada			para DTG ⁴ em até 3 meses.
---	--	--	---------------------------------------

Notas:

¹ Para informações atualizadas e mais detalhes sobre TARV em gestantes, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt>; ² TDF Tenofovir: é contraindicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal pré-existente, TFG_e<60 mL/min ou insuficiência renal. Uso com precaução em pacientes com osteoporose/osteopenia, HAS e DM não controladas. Se usado, ajuste de dose deve ser feita quando TFG_e<50 mL/min; ³ 3TC Lamivudina; ⁴ TB-HIV Coinfecção de HIV com tuberculose: o DTG não é recomendado em MVHIV com possibilidade de engravidar e que não utilizem métodos contraceptivos eficazes, preferencialmente os que não dependam da adesão (DIU ou implantes anticoncepcionais) e para todas as PVHIV em uso de fenitoina, fenobarbital, oxycarbamazepina e carbamazepina. Pacientes devem ser avaliados quanto a possibilidade de troca dessas medicações a fim de viabilizar o uso do DTG. Antiácidos contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg) devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos. O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina. Para manter o controle glicêmico, um ajuste na dose da metformina pode ser necessário; ⁵ EFV Efavirenz; ⁶ DFC Dose fixa combinada; ⁷ TB Tuberculose; ⁸ Realizar exame de genotipagem pré-tratamento e iniciar TARV, de forma a ajustar o esquema terapêutico posteriormente, se houver necessidade de mudança deste (não postergar início da TARV pela indisponibilidade imediata do resultado do exame); ⁹ LT-CD4+ Linfócitos do grupamento de diferenciação 4 do inglês cluster of differentiatio; ¹⁰ RAL Raltegravir.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2018h).

Desse modo, o sexo feminino, em particular, é uma dimensão transversal de maior predisposição ao HIV em que os determinantes sociais são diretamente responsáveis por esse contexto, no nível social e político, por exemplo, nota-se significativa desigualdade de gênero,

associadas a um maior índice de vitimização e violência sexual. Tais fatos maximizam a vulnerabilidade da mulher, as dificuldades no acesso ao emprego e educação são muitas vezes atreladas aos cenários de trabalho doméstico, gestação e ao próprio machismo, os quais limitam esse público. Assim, nota-se um aumento nas chances de ingressarem para a criminalização de drogas e trabalho sexual, predispondo às condições precárias de saúde e conseqüentemente maior risco de contrair HIV (RUBENSTEIN *et al.*, 2016).

Desse modo, as prisões servem como um mecanismo de concentração para indivíduos relativamente pouco saudáveis, pois em sua maioria os fatores sociais e estruturais que levam a falhas na saúde como uso de drogas ilícitas e alcoolismo são elementos associados a uma maior probabilidade de encarceramento. Há, portanto, uma amplificação das más condições de saúde devido às adversidades presentes no sistema prisional, os quais muitas vezes não dispõem de serviços que disponibilizem uma prevenção e promoção à saúde. Paralelamente, considerando-se as problemáticas advindas do HIV como a sua dificuldade na obtenção de cura e diversidade de vias de transmissão, a população privada de liberdade no Brasil torna-se dependente do Estado para obter acesso aos recursos que trazem qualidade de vida aos portadores dessa IST o que muitas vezes o sistema público de saúde não consegue atingir (KAMARULZAMAN *et al.*, 2016; VALE *et al.*, 2016).

Faz-se importante então, conhecer o quanto antes a sorologia positiva para o HIV com o intuito de aumentar a expectativa de vida. Pois, as pessoas portadoras do vírus que não sabem de sua condição, além de não usufruírem dos benefícios da TARV, contribuem para manutenção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2019n).

2.5 Hepatite B e C

As Hepatites Virais, definidas basicamente como uma inflamação do fígado causadas por vírus, são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tendo como principais sintomas a febre, mal-estar, cansaço, enjojo, vômitos, tontura, pele e olhos amarelados, dor abdominal, urina escura e fezes claras. Entretanto, de maneira geral, são doenças silenciosas, nem sempre apresentando sintomas, diagnosticadas em grande parte dos casos em fase já avançada e de difícil tratamento (BRASIL, 2018d).

NO mundo 325 milhões de pessoas apresentam algumas das formas das Hepatites Virais. Em relação ao Brasil, 587.821 casos foram notificados e confirmados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desses, 218.257 (37,1%) de hepatite B e 200.839 (34,2%) de hepatite C, restringindo-se os dados coletados, 9,2% de 218.257 mil casos notificados com hepatite B estão presentes na região centro-oeste (BRASIL, 2018d).

No Brasil, as Hepatites Virais mais prevalentes que apresentam como fatores de transmissão a prática do sexo desprotegido, uso de materiais não esterilizados para colocação de *piercing* e para confecção de tatuagens, por meio de acidentes com exposição a material biológico e procedimentos cirúrgicos, odontológicos e de hemodiálise bem como o compartilhamento de objetos perfuro cortantes contaminados como agulhas e seringas, são as causadas pelos vírus B e C. Diante disso, destaca-se uma maior prevalência de casos de Vírus da Hepatite B (HBV) em ambientes prisionais, em que se observa uma maior vulnerabilidade às ações predisponentes ao contágio. Assim, a história de uso de drogas, principalmente do tipo injetáveis, associada à prostituição dentro do ambiente prisional para a aquisição de determinadas substâncias químicas, a precariedade de higiene e de diversas formas de violências físicas e psicológicas, corroboram para a vulnerabilidade das mulheres em situação prisional (AKIYAMA *et al.*, 2017; BRASIL, 2019o).

Paralelo ao exposto anteriormente, há uma preocupação eminente quanto ao risco de transmissão vertical da HBV entre as gestantes em situação prisional portadoras do vírus e seus bebês. Determinada preocupação advém não apenas da precariedade de condições adequadas de higiene, segurança e alocação prisional, mas, principalmente, da irregularidade de acompanhamento pré-natal, mínimo de seis consultas, adequado segundo as diretrizes do SUS. Atualmente, a testagem contra Hepatite B é obrigatória entre as grávidas, sendo que, diante da detecção do vírus, os médicos podem administrar drogas para evitar a infecção durante o parto (BRASIL, 2017p; FOCHI *et al.*, 2017).

O diagnóstico da infecção pelo HBV é realizado por meio da coleta de sangue confirmado pela persistência por mais de seis meses do antígeno de superfície HBsAg no plasma. No Brasil, ocorre a partir da realização de exames laboratoriais e testes rápidos que detectam anticorpos anti-HBV em 60 minutos, sendo realizados gratuitamente pelo SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2019b).

Entre os exames a avaliação bioquímica também se apresenta como elemento complementar importante no diagnóstico e no tratamento dos pacientes. O monitoramento das enzimas alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST) sinaliza a presença de doença hepática ativa, ao mesmo tempo que os exames como a bilirrubina sérica e a creatinina auxiliam no controle da função hepática e renal, respectivamente. A avaliação hematológica se mostra como um importante passo a ser monitorizado durante o curso da história natural da doença, pois demonstra parâmetros relacionados ao estado geral dos pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2019b; BRASIL, 2018d).

No que se refere ao tratamento, existe uma série de drogas - tais como adefovir, tenofovir, entecavir, lamivudina e interferon alfa - que são distribuídas gratuitamente pelo SUS, cuja eficácia pode ser determinada pela diminuição da carga viral do paciente por meio de exames sorológicos. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite Viral Crônica B (2002), a administração de um fármaco ideal é aquele que é adequado com as particularidades de cada indivíduo ao reduzir os custos para o sistema público de saúde pelo fato de reavaliar a administração de outros medicamentos menos eficazes e de curta ação. Além disso, há uma melhora na qualidade de vida do paciente com uma minimização da intensidade dos sintomas e prevenção do desenvolvimento de complicações hepáticas como consequência da diminuição da carga viral, refletindo diretamente em um cenário positivo de prognóstico para a doença (HENN; KUNZ; MEDEIROS, 2019).

Portanto, há ainda uma deficiência no que diz respeito ao acesso e qualidade da informação e à assistência básica à saúde por essas mulheres privadas de liberdade, comprovada pela negligência desde a prevenção até ao início imediato do tratamento da doença. Desse modo, percebe-se que a infecção por HBV e HCV é um grave problema de saúde em ambientes prisionais femininos, sendo necessária a adaptação das práticas de saúde dentro do sistema prisional, mas também de envolvimento conjunto da sociedade e das instituições sociais para atender as necessidades dessa população (FOCHI *et al.* 2017).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência das IST: HIV, sífilis e hepatite B e C entre mulheres encarceradas de um sistema penitenciário de Anápolis, Goiás.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar as condições de saúde das mulheres no sistema prisional, visando fortalecer seus direitos de contribuir para o acesso à saúde.
- Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres no sistema prisional
- Identificar o histórico de saúde em busca de comportamentos de risco a fim de promover intervenções de educação e promoção à saúde.
- Descrever a prevalência de Hepatite B e C, Sífilis e HIV dessa população.
- Associar perfil e tempo de encarceramento com a presença das ISTs investigadas.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A presente investigação trata-se de um estudo transversal retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários oriundos de prontuários de uma unidade de saúde Prisional de um presídio de Anápolis-GO.

O estudo de corte transversal caracteriza-se como um subgrupo amplamente reproduzido e publicado dos estudos observacionais na pesquisa epidemiológica. A partir dessa proposta, tem-se como intuito investigar os agravos de saúde de uma população com características singulares e assim, analisar se há correlação entre doença e exposição, as quais reiteram a necessidade de buscar mais conhecimento acerca dessa população estudada e estabelecer se há ou não a presença do evento investigado (desfecho) (GREENHALGH, 2008). Um dos principais interesses pela escolha para com esse tipo de estudo se deve ao baixo custo, rapidez, menor complexidade e objetividade na coleta de dados (BASTOS; DUQUIA, 2007).

4.2 Local de estudo

O presente estudo utilizou os dados colhidos de prontuários de pacientes institucionalizados na unidade de saúde localizada na Unidade Prisional de Anápolis, que se localiza Av. Raimundo Carlos Costa e Silva, no bairro Jardim das Américas 3ª etapa. Essa unidade prisional possui duas alas, a masculina e a feminina. Nas dependências da unidade prisional há uma unidade de saúde, que pertence a gerência da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, responsável pela assistência básica a esses indivíduos. Os dados de atendimento e prontuários de seguimento e diagnóstico para ISTs ficam na sede do programa de DST e Aids do município de Anápolis, onde foi realizada a coleta de dados. É de extrema importância ressaltar que esse estudo foi realizado com a autorização da Escola Municipal de Saúde Pública, representando assim a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

4.3 População e Amostra

A população foi constituída a partir de todos os prontuários de mulheres situação prisional em uma unidade penitenciária de Anápolis Goiás que fizeram exames de TR para investigação de HIV, Sífilis e Hepatite B nos anos de 2019, bem como o seguimento mediante aos resultados desses testes, sendo negativos ou positivos. Foram utilizados dados secundários coletados dos prontuários dessas mulheres.

A seleção da casuística foi realizada com base no registro de informações obtidas nos prontuários e/ou registros fornecidos pela coordenação do programa de IST e Aids do município de forma a investigar todos os registros.

De acordo com informações colhidas na Secretaria Municipal de Saúde há uma sazonalidade na ocupação da instituição prisional sendo a lotação máxima da ala feminina de 56. No período do estudo, a quantidade de mulheres em situação de privação de liberdade foi de 49. Diante disso, 26 mulheres necessitaram de assistência médica, então, investigou-se os prontuários disponibilizados referentes ao ano de 2019. O cálculo amostral foi realizado considerando um poder estatístico de 80% ($\alpha=20$), nível de significância de 95% (β). Utilizou-se uma calculadora virtual gratuita, calcular e converter.

4.3.1 Critérios de Elegibilidade

Critério de Inclusão

Foram incluídos prontuários de pacientes com idade superior a 18 anos, que façam acompanhamento da unidade de saúde prisional e que possuam dados e informações sobre a realização de TR ou exames confirmatórios para HIV, Sífilis e Hepatite B bem como outros indicativos de doenças sexualmente transmissíveis.

Critério de Exclusão

Foram incluídos prontuários de pacientes em que as informações sejam ilegíveis ou incompletas a ponto de comprometer a veracidade dos dados.

4.4 Fonte dos dados

Os dados utilizados foram dados obtidos dos prontuários de pacientes, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis por meio do programa de IST municipal. O instrumento de coleta foi um questionário estruturado em forma de checklist (apêndice A) com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação/aposentado, atividade sexual, opção sexual, raça, tempo de reclusão, incidência de reclusão, outras ISTs presentes) e de desfecho (resultado positivo ou negativo para os agravos investigados).

Os dados foram coletados em período e horário determinados pela coordenação do Programa de IST e Aids do município de Anápolis a fim de causar menos impacto na rotina dos colaboradores.

4.4.1 Procedimentos para coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu em cinco etapas cronológicas: 1) Inicialmente, foi enviada às chefias técnica, da Secretaria Municipal de Saúde, uma carta de ciência e autorização para a condução da pesquisa na unidade. 2) Após a aprovação do Comitê de Ética, realizou-se contato formal com o serviço para ajuste de horários e disponibilidade do campo para possibilitar acesso aos prontuários a fim de se realizar os registros. 3) Foram selecionados os prontuários de acordo com os critérios de inclusão. 4) Foi realizado o registro dessas informações coletadas a partir dos dados dos prontuários, no instrumento de coleta de dados, realizado pelos pesquisadores. 5) Houve a elaboração de uma planilha de dados com tabelas e registros digitais.

4.5 Variáveis de Estudo

4.5.1 Variáveis de Exposição

Pode-se considerar como variáveis de exposição: as sociodemográficas e culturais sendo elas: idade, orientação sexual, renda, estado civil, naturalidade, escolaridade, religião, local de moradia, iniciação sexual precoce, tempo de reclusão e números de vezes de reclusão.

Como fatores de risco, considera-se a existência de contato com o sangue de outra pessoa, consumo de drogas lícitas (álcool) e ilícitas, práticas sexuais, uso de preservativo durante relações sexuais, compartilhamento de objetos cortantes de higiene pessoal, história de IST, antecedentes de prostituição, relação sexual com pessoas do mesmo sexo, antecedentes de reclusão, presença de tatuagem e/ou “piercing” no corpo.

4.5.2 Variáveis de desfecho

Foi considerado como desfecho os resultados positivo para as infecções por Sífilis, HIV e hepatite B.

4.6 Análise de dados

As informações obtidas a partir da análise dos resultados do ano de 2019 foram digitalizadas em uma planilha do Excel. Após o seu processamento, os dados foram exportados para um software estatístico para sua melhor análise. As características sociodemográficas e comportamentais foram descritas e caracterizadas por prevalências. As prevalências das informações e das infecções foram calculadas considerando intervalo de 95% de confiança.

Valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes. Para as análises de associação utilizou a razão de prevalência, para a busca de fatores de risco e diferença de prevalência.

5. RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de 26 mulheres privadas de liberdade da unidade de saúde Prisional de um presídio de Anápolis-GO, considerando que foram excluídos os prontuários de pacientes das quais as informações sejam ilegíveis ou incompletas a ponto de comprometer a veracidade dos dados. Desses procedeu-se com a análise dos resultados possibilitando a identificação do perfil sociodemográfico e o perfil de históricos de infecções sexualmente transmissíveis.

Quanto ao perfil sociodemográfico, identificou-se que é marcado por pessoas com média de idade entre as mulheres foi de 30,9 (desvio padrão = 9,4) anos de idade e a maioria tinha entre 20 e 37 anos (84,6%). A escolaridade predominante foi de 2º grau não sabendo informar se completo ou incompleto e a maioria está reclusa há mais de 1 ano. Além disso, no cenário atual da pandemia da COVID-19 elas não estão recebendo visitas íntimas, por medidas de segurança, já que as mais efetivas adotadas são as práticas preventivas de contenção. Houve predominância da etnia parda 15 (57,7%), do consumo de bebidas alcólicas 14 (53,8%) e o tabagismo mostrou-se presente em toda a amostra avaliada 26 (100%), como destacadas na Tabela 01.

Tabela 01 – Caracterização quanto a faixa etária, etnia e utilização de drogas lícitas investigados na população prisional feminina no município de Anápolis, 2020.

Dados sociodemográficos	n	%
Faixa etária		
20 – 30	14	53,9
30 – 40	8	30,7
40 – 50	2	7,7
50 - 60	2	7,7
Etnia		
Pardo	15	57,6
Branco	11	42,4
Drogas lícitas		
Bebida alcoólica	14	53,8
Fumante	26	100

Por conseguinte, em relação à vida sexual, observou-se que a maioria (88,5%) faz uso de proteção sexual, o que corrobora para redução do índice de IST. Ademais, foi constatada uma leve predominância de mulheres com vida sexual ativa (53,8%) e quanto à orientação sexual, as 26 (100%) declararam ser heterossexuais. Quanto a utilização de métodos contraceptivos apenas 11 (42,3%) tinham a prática. Ao analisar o histórico de IST, notou-se que para o TR de sífilis 24 (92,3%) testaram negativo e 2 mulheres (7,7%) tinham histórico de sífilis e essas eram gestantes e assintomáticas. Essas características evidenciadas seguem descritas na Tabela 02.

Tabela 02 – Distribuição das práticas sexuais associadas ao histórico de IST na população prisional feminina no município de Anápolis, 2020.

Práticas sexuais	n	%
Relação Sexual (vida sexual ativa)	14	53,8
Proteção sexual	23	88,5
Uso de contraceptivos	11	42,3
Histórico de IST	2	7,7

As investigações e confirmações de casos foram obtidas a partir da realização dos testes rápidos (TR) de HIV, sífilis, hepatite C na Unidade Prisional de Anápolis, seguindo o protocolo de investigação de IST. Quando se analisou o histórico de IST, notou-se que para o TR de sífilis 24 (92,3%) testaram negativo e 2 mulheres (7,7%) tinham histórico de sífilis e essas eram gestantes e assintomáticas. Ambos os casos foram tratados na Unidade com 6 doses de 1.200 Unidades Internacionais (UI) de Benzetacil Intra-Muscular (IM). Nos prontuários avaliados, 26 (100%) tiveram o TR para HIV, hepatite C negativos e consequentemente, encontravam-se assintomáticas. Para hepatite B, não foi efetuada uma investigação na população estudada pela falta de dados a respeito dessa IST na Unidade de Saúde do sistema prisional. Segue abaixo na Tabela 03 a distribuição da realização dos testes por agravos pesquisados.

Tabela 03 – Distribuição da realização dos testes rápidos (TR) por agravos investigados na população prisional feminina no município de Anápolis, 2020.

Distribuição dos Testes Rápidos entre os agravos investigados	N	%
HIV		
Resultado negativo	26	100
Teste confirmatório	14	53,8
Hepatite C		
Resultado negativo	26	100
Teste confirmatório	26	100
Sífilis		
Resultado positivo	2	7,7
Resultado negativo	24	92,3
Teste confirmatório	26	100

6. DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos da presente pesquisa demonstram uma idade entre 20 e 37 anos. Eles se apoiam e confirmam outros estudos como nos dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de 2016, que mostram o perfil de mulheres encarceradas jovens, entre 26 e 40 anos, que vivem em situação de desarranjos sociais, econômicos e familiares. De acordo com a literatura, são em sua maioria consideradas em idade fértil, negra, de baixa escolaridade, baixa renda e exercício de atividades informais antes do confinamento, tendo um histórico prévio de tráfico de drogas. Além disso, ocupa um papel de monoparentalidade feminina, sendo provedora do lar, na manutenção da família e da casa (AUDI *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2020).

Ainda em discussão, ao aprofundar a diversidade de idade das mulheres privadas de liberdade observa-se uma chance de 2,8 vezes maior de serem presas as que possuem entre 18 e 29 anos quando comparadas às mulheres a partir de 30 anos. Proporcionalmente, os dados descrevem 101,9 mulheres, com uma idade entre 18 e 29 anos, presas para cada 100.000 brasileiras com mais de 18 anos, enquanto que a taxa de mulheres com 30 anos ou mais corresponde a 36,4 em um grupo de 100 mil mulheres. Isso confirma os dados coletados, em que em um número total de 26 mulheres, 14 são entre 20 e 30 anos (BRASIL, 2018).

É importante entender a correlação entre o sistema social patriarcal e capitalista, fortemente presente no Brasil, e o racista, visto que corroboram para a compreensão de como os mecanismos de opressão e determinantes sociais se repetem em relação à seleção das mulheres presas. Esse padrão de seletividade penal reforça cada vez mais a situação de vulnerabilidade socioeconômica, na qual muitas mulheres encaram o crime, principalmente o de tráfico de drogas e entorpecentes, como um facilitador para sustentar seus lares, complementando a renda e ainda assim poder estar presente em casa e na vida dos filhos. Essa situação ilusória, reforça ainda mais o papel social, que tradicionalmente foi atribuído à mulher, que é o de cuidar da casa e se responsabilizar integralmente pelo cuidado dos filhos (GERMANO; MONTEIRO; LIBERATO, 2018).

Diante disso, a baixa escolaridade advém de um grupo de mulheres que não tiveram acesso em sua grande maioria ao ensino médio. No estudo de Levantamento de Informações Penitenciárias, 66% das mulheres em situação prisional concluíram no máximo o ensino fundamental e 15% delas o ensino médio. É visto também que esse retrato muda conforme a região analisada no Brasil, já que os estados do Norte possuem altos índices de mulheres

analfabetas privadas de liberdade e no Sudeste e no estado da Bahia isso já muda, sendo um maior acesso ao segundo grau e até mesmo a conclusão dele (BRASIL, 2018).

Entende-se que o quadro de vulnerabilidade feminina é alicerçado em grande parte pela discriminação e sobrecarga em seu papel social, sendo elas na relação de trabalho, familiares e interpessoais quando comparado com fatores biológicos. Além disso, o padrão de morbimortalidade se difere de acordo com o desenvolvimento regional e classe social. Dessa forma, diferentemente do clássico perfil masculino como maioria nesse contexto prisional, ao se avaliar o público feminino observa-se que elas foram inseridas no sistema prisional de maneira adaptada, desprezando suas peculiaridades e limitações (PINTO *et al.*, 2011; RIBEIRO, 2020).

Nesse cenário, de um lado tem-se a necessidade de afirmação da sexualidade masculina, reafirmação do *status* social, satisfação de desejo ou fantasia, do outro lado, uma minoria social estigmatizada, vulnerável e invisibilizada, que se encontra à margem da sociedade e dos programas de saúde. Reflexivamente são reféns de preconceitos, gravidezes indesejadas, IST, transtornos emocionais, como depressão e ansiedade, que pode culminar no uso de substâncias ilícitas, corroborando para o risco aumentado de transmissão de doenças como o HIV, por exemplo (FIGUEIREDO; PEIXOTO, 2010).

O perfil sociodemográfico dessas mulheres reforça o contexto de saúde que elas se encontram, visto que em um estudo realizado com mulheres profissionais do sexo, foi evidenciado que a falta de conhecimento quanto as manifestações clínicas das IST e as formas de prevenção continuam elevadas. Ainda existem mitos que se propagam desde a epidemia de AIDS da década de 1980, como o de que o compartilhamento de talheres ou então a picada de um mosquito supostamente contaminado com vírus HIV, poderia transmitir a outras pessoas. Associado a falta de informação, a baixa escolaridade e, muitas vezes, a falta de assistência à saúde, muitas mulheres referem já terem tido sinais e sintomas típicos de IST, como corrimento vaginal, feridas e úlceras e não procuraram unidades de saúde para fazerem o tratamento devido aos diversos estigmas que permeiam essas mulheres, além do distanciamento físico e social imposto pela exclusão e preconceito a esse grupo historicamente (MATOS *et al.*, 2013).

Ao observar o uso de álcool e outras drogas reitera-se uma maior exposição a fatores de risco nessa população de estudo, principalmente, o tabagismo e etilismo quando comparadas às mulheres livres. Outros estudos realizados nesse contexto reforçam também uma maior prevalência do tabagismo e o uso de álcool, fato que intensifica a vulnerabilidade dessas mulheres, uma vez que essas substâncias servem como potencializadoras de comportamentos

de risco, como por exemplo, violência, uso de materiais perfurocortantes e o consumo de outras drogas (ARAÚJO; FILHO; FEITOSA, 2015; DOMINGUES *et al.*, 2017).

Apesar de os estabelecimentos prisionais divididos por gênero estarem previstos na Lei de Execução Penal incorporada no contexto da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, eles se alicerçam em serviços anteriormente voltados para o público masculino. Assim, são pouco adaptados em seu contexto estrutural e administrativo para detenção feminina. Observa-se na população estudada a incapacidade de tutelar essas mulheres, considerando suas especificidades e individualidades (BRASIL, 2018).

Dessa forma, diante do contexto supracitado, o público feminino de forma geral exige um cuidado em saúde que envolvem direitos sexuais, reprodutivos, cuidados obstétricos, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro, combate a violência doméstica e sexual. Além disso, necessita-se também uma atenção à prevenção e tratamento de IST, às portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e às demandas ginecológicas (BRASIL, 2004).

Reflexivamente, inúmeras pesquisas realizadas no contexto prisional, inclusive no estudo realizado, estão altamente sujeitas à vieses no que diz respeito às informações dadas pelas mulheres em situação de cárcere. Quando se diz respeito aos seus hábitos de vida, as limitações socioeconômicas e saúde da mulher, no seu âmbito físico e emocional, há uma maior resistência ao cuidado, como foi visto na dificuldade de realização de testes rápidos para detecção de IST. Assim, tais problemáticas, como por exemplo, o relativo uso de preservativos visto nesse estudo reiteram sua associação com os estigmas e preconceitos culturalmente impostos, como reforços desses comportamentos de falseamento/fuga às perguntas e aos testes, diante do medo de juízos de valor e atitudes coibitivas, sendo necessário uma alta capacidade de acolhimento e comunicação do profissional com a paciente (ARAÚJO; FILHO; FEITOSA, 2015; SOUSA *et al.*, 2017).

Diferente do que foi encontrado em estudos anteriores e perante ao número reduzido de prontuários avaliados no presente estudo, não houve um número significativo de mulheres com IST ou que já tenham tido contato anteriormente. Esse fato pode ser atribuído, também, ao constrangimento em autorrelatar aos profissionais de saúde da unidade a infecção anterior. Isso devido a tabus que envolvem a temática. O mesmo pode ter acontecido sobre o relato do uso de preservativos nas relações sexuais. Desse modo, apesar de somente dois prontuários referenciarem um presente ou pregresso histórico de IST, especificamente de sífilis, é de extrema relevância evidenciar tal dado, visto que as unidades prisionais são locais que predis põe

condições de maior vulnerabilidade, especialmente quando se refere ao público feminino e às infecções transmissíveis pregressas ou possíveis de serem adquiridas. Ademais, faz-se necessário ressaltar que atrelado a esse quadro há notadamente uma dificuldade dessas instituições quanto às medidas de promoção e prevenção em saúde acerca das IST (SANTOS *et al.*, 2017).

Os presentes dados encontrados são uma forma de reconhecer as desigualdades que estigmatizam grupos instáveis socialmente, em que a sociedade e os órgãos responsáveis precisam estar dispostos a reverter essa situação, assegurando assistência à saúde de caráter preventivo e curativo. O estudo pode servir como fonte de dados, para regulamentar o protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde das populações privadas de liberdade no momento em que são admitidas no sistema e efetuar atendimentos realizados de forma integrada na rede conveniada com o SUS. É importante ressaltar a aplicabilidade dos dados na instrução e educação permanente em saúde sobre os comportamentos de risco e todos os fatores envolventes, que limitam a prevenção da(s) doença(s), bem como o esclarecimento de dúvidas pela equipe de saúde das instituições penitenciárias (SANTOS *et al.*, 2017).

Sabe-se ainda que nas políticas penais há uma parcela de representantes que fortalecem o aumento da população encarcerada, colocando como plano de ação a construção de novos estabelecimentos prisionais. Porém, a realidade vivida confirma um quadro inversamente proporcional aos investimentos estruturais frente ao grande aumento desse grupo social, tencionando ainda mais as desigualdades de um sistema penitenciário escassamente preparado para cuidar desse grupo (LERMEN *et al.*, 2015).

Diante do exposto, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNNSP) desde 2003 busca a aplicação das diretrizes de saúde no sistema penitenciário ao fomentar a responsabilização conjunta de políticas sociais de saúde e de segurança. Pontua-se de forma relevante no contexto da saúde prisional a necessidade de se envolver além das mulheres encarceradas, seus familiares, trabalhadores e trabalhadoras de segurança e os diversos profissionais que envolvem o sistema de saúde, principalmente, aqueles que possuem contato direto com pacientes detentos (LERMEN *et al.*, 2015).

Assim, evidencia-se que as mulheres privadas de liberdade são mais susceptíveis às doenças do que a população feminina em geral, sendo que o recorte das IST é frequente, com múltiplas etiologias e apresentações clínicas, causando um impacto direto na qualidade de vida, nas relações interpessoais, familiares e profissionais. Prevenção e assistência, então, dentro de uma atenção estratégica devem por no mínimo uma triagem, tratamento das IST assintomáticas e das sintomáticas, com tratamento e manejo adequado, buscando melhores prognósticos,

interrompendo a cadeia de transmissão, prevenindo infecções concomitantes e futuras complicações.

A saúde prisional, então, ocupa uma discussão que vai além do contexto individual do recluso. Faz-se importante salientar que há um conjunto de pessoas que circunscrevem a realidade da população privada de liberdade, que engloba toda a equipe responsável pela unidade prisional, desde gestores, agentes prisionais, equipe de limpeza e de saúde e os próprios familiares desses indivíduos e deve ser uma preocupação de toda a sociedade. Diante disso, a saúde no âmbito prisional precisa englobar todo esse ambiente já que a falta desse acompanhamento, muitas vezes, torna-se imperativa no agravamento da qualidade de vida do sistema prisional, como por exemplo, a adoção de medidas que visem a redução de transmissão de doenças de caráter infecto-contagiosas (SANTOS *et al.*, 2017).

O presente estudo apresentou limitações. Dentre elas, o número baixo de prontuários investigados, nesse contexto deve-se levar em consideração, o local em que foi realizado o estudo, os fatores socioeconômicos e os fatores determinantes dessa população, visto que influenciam diretamente na quantidade de pessoas que poderão ter sua liberdade privada. Destaca-se ainda que a hepatite B, por ser uma importante IST, deveria ter sido melhor investigada, porém a ausência de dados disponíveis sobre essa infecção na Unidade de Saúde, inviabilizou a análise e discussão a seu respeito.

Apesar disso, sabe-se que há necessidade de mais estudos, com uma população maior ou estudos multicêntricos, que possibilitam conhecer melhor as particularidades sobre esse grupo, visando a aplicabilidade de políticas públicas já existentes, como também, gerando novos dados para a ação conjunta das instituições competentes por manter a integridade do local como um todo.

Cabe ressaltar ainda, que não se trata de uma população rara, mas sim de minorias, que são frutos da situação de vulnerabilidade socioeconômica do país, da distribuição sexual do trabalho, tendo que se submeter a condições de trabalho precárias, informais e mal remuneradas, assumindo ainda quase que totalmente a responsabilidade materna, na figura de arrimo de família, e doméstica (GERMANO; MONTEIRO; LIBERATO, 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa referente à prevalência de IST na população carcerária feminina de Anápolis, foi antes de tudo uma forma de protagonizar a discussão de uma temática negligenciada e invisível dentro de um cenário de saúde tecnicista e que se mostra pouco preparado para realizar mudanças reais nesse ambiente. A abordagem se torna ainda mais complexa ao evidenciar três esferas tão vulneráveis socialmente: o sistema prisional brasileiro; o gênero feminino, marcado pelo perfil sociodemográfico de mulheres jovens, negras, de baixa escolaridade; e o do serviço de saúde oferecido, sendo representado pelo SUS.

É importante ressaltar o processo vivenciado no ambiente prisional na manutenção de direitos do ser social, sendo que judicialmente entende-se que o direito de ir e vir deveria ser o único privado. Assim, é de fundamental importância a sustentação de fatores que assegurem um cumprimento de pena legalmente executada associada à garantia expressa do acesso à uma saúde gratuita, integral, longitudinal, preventiva e universal, dentro de um ambiente com um histórico de comportamentos de riscos para IST, a fim de promover intervenções de educação e promoção de saúde.

Reitera-se também, que diante de uma sociedade marcada pelo patriarcalismo e com um histórico segregacionista e racista, as políticas públicas em saúde voltadas, em especial, para as mulheres privadas de liberdade são notadamente negligenciadas. Visto que o sistema de promoção à saúde e prevenção de agravos, quando funcional é de forma curativa, impossibilitando assim a longevidade, dignidade e uma inserção social à posteriori. Considera-se diante disso, que apesar de encontrada baixa prevalência de IST nessa população, devido a fatores como amostra e local de estudo, a pesquisa aborda o perfil de uma população vulnerável historicamente em seus múltiplos aspectos, sendo um assunto que vem de encontro com a necessidade de reorganização de um sistema penitenciário que depende das ações de políticas públicas de gestão da Secretaria de Segurança Pública envolvendo o estado e o município e a Secretaria Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKIYAMA M., et al. Correlates of hepatitis C virus infection in the Targeted Testing Program of the New York City Jail System: epidemiologic patterns and priorities for action. *Public Health Reports*, v. 132, n. 1, p. 41-47, 2017.

ALBUQUERQUE A.C.C., et al. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 2125-2132, 2014.

ALMEIDA, R. S., et al. VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS MULHERES ENCARCERADAS. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*, v. 8, n. 2, p. 129-142, 2020.

ARAÚJO, T.M.E.; FILHO ARAÚJO, A.C.A.; FEITOSA, K.V.A. Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital do nordeste brasileiro. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 17, n. 4, 2015.

ASSUNÇÃO, C.H.V. **A saúde da mulher: a situação das encarceradas do Presídio Feminino de Florianópolis**. 2010. 64f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Departamento do Curso de Graduação em Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

AUDI C. A. F., et al. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 109, p. 112-124, 2016.

BARCINSKI, M.; CÚNICO, S.D. Os efeitos (in) visibilizadores do cárcere: as contradições do sistema prisional. *Psicologia*, v. 28, n. 2, p. 63-70, 2014.

BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, v.14, n.4, p.229-32, 2007. Disponível em:<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/2806/2634>. Acesso em 18 ago. 2020.

BRAGATTO, G.J.P. **Saúde através das grades: uma experiência na Unidade Básica de Saúde Madre Pelletier**. 2013. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BRASIL. Ministério da justiça e segurança pública. **Levantamento nacional de informações penitenciárias, INFOPEN, Mulheres**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids/HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019m. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>>. Acessado em: 20 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil mais do que dobra o tempo de sobrevivência de pessoas com Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019n. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45465-brasil-mais-do-que-dobra-o-tempo-de-sobrevivencia-de-pessoas-com-aids>>. Acessado em: 20 outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018k.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília: Ministério da Saúde 2017m.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002i.

BRASIL. Ministério Público. **A visão do Ministério Público sobre o sistema prisional brasileiro**. Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério Público, 2018a.

BRASIL. OPAS - Organização Pan-americana da Saúde. **OMS insta países a investirem na eliminação das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019o. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5992:oms-insta-paises-a-investirem-na-eliminacao-das-hepatites-virais&Itemid=812> Acessado em: 15 de outubro de 2019.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018j.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018h.

BRASIL. Secretaria de Estado e Saúde - SES GO. **Sífilis soma mais de 13 mil casos em cinco anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018f. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/22752-2/>>. Acessado em: 18 de outubro de 2019.

CANAZARO, D.; ARGIMON, I.L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1323-1333, 2010.

CARVALHO, S. G.; SANTOS, A. B. S.; SANTOS, I. M. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3493-3502, 2020.

Centers for Disease Control and Prevention. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. Recommendations and Reports. Diretrizes para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, v. 64, n. 3, 2015. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdfA>>. Acessado em 18 de setembro de 2019.

COELHO J.M.R., et al. Sífilis: um panorama epidemiológico do Brasil e do município de Volta Redonda/RJ/Syphilis: an epidemiological overview of Brazil and the municipality of Volta Redonda/RJ. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 1, p. 128-147, 2018.

COSTA E.S., et al. Mulheres encarceradas: perfil, sexualidade e conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Uningá**, v. 52, n. 1, p.23-28, 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M., et al. Prevalência de sífilis e infecção pelo HIV durante a gravidez em mulheres encarceradas e a incidência de sífilis congênita em partos em prisões no Brasil. **Cafajeste. Saúde Pública**, v. 33, n. 11, e00183616, 2017.

FAZEL, S.; BAILLARGEON, J. A saúde dos prisioneiros. **The Lancet**, v. 377, n. 9769, p. 956-965, 2011.

FERNANDES F.R.P., et al. Syphilis infection, sexual practices and bisexual behaviour among men who have sex with men and transgender women: a cross-sectional study. **Sex Transm Infect**, v. 91, n. 2, p. 142-149, 2015.

FOCHI, M. DO C.; HIGA, R.; CAMISÃO, A.; TURATO, E.; MORAES LOPES, M. H. Vivências de gestantes em situação de prisão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

FRANÇA, A.M.B. **Percepções e significados da maternidade de mulheres em situação de prisão: uma contribuição da enfermagem à luz da fenomenologia social**. 2015. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2015.

GREENHALGH, T.; STRAMER, K.; BRATAN, T.; BYRNE, E.; MOHAMMAD, Y.; RUSSELL, J. Introduction of shared electronic records: multi-site case study using diffusion of innovation theory. **BMJ**, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269664/>. Acesso em 20 ago. 2020.

GERMANO, I. M. P.; MONTEIRO, R. A. F. G.; LIBERATO, M. T. C. Criminologia Crítica, Feminismo e Interseccionalidade na Abordagem do Aumento do Encarceramento Feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. SPE2, p. 27-43, 2018.

HENN, M. L.; KUNZ, R. Z.; MEDEIROS, A. F. R. Análise do tratamento dos pacientes com hepatite b crônica no município de Chapecó - SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 48, n. 1, p. 02-09, 2019. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/artic le/view/302>>. Acessado em: 03 novembro de 2019.

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

KIM, J.E. **Interação social e crimes femininos: uma análise empírica a partir dos dados do presídio feminino de Brasília**. 2009. 53 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Programa de Pós-Graduação em Economia de Empresas, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2009.

KNAUTE D.F. et al. Serological response to treatment of syphilis according to disease stage and HIV status. **Clinical infectious diseases**, v. 55, n. 12, p. 1615-1622, 2012.

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, n. 3, p. 905-924, 2015.

MAHMUD I.C., et al. Sífilis adquirida: uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre/RS. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, v. 9, n. 2, p. 177-184, 2019.

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, n. 4, p. 1222-1234, 2014.

MEIRELLES B.H.S., et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/Aids. **Northeast Network Nursing Journal**, v.11, n.3, p. 68-76, 2010.

NICOLAU, A.I.O.; PINHEIRO, A.K.B. Condicionantes sociodemográficos e sexuais do conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso de preservativos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 581-590, 2012.

OLIVEIRA DE, K.A.; SANTOS, L.R.C.S. Perfil epidemiológico da população carcerária feminina de Vitória da Conquista - BA. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n. 1, p. 21-30, 2016a.

OLIVEIRA M.S., et al. Hepatite B e Delta: aspectos clínicos de pacientes na Amazônia Ocidental brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1265-1270, 2019b.

PASSOS, M.R.L. **Deesetologia, DST 5**. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 2005.

PETERMAN T.A., et al. Misclassification of the stages of syphilis: implications for surveillance. **Sexually transmitted diseases**, v. 32, n. 3, p. 144, 2005.

PINTO, R. M.F., et al. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, n. 105, p. 167-179, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 4 de novembro de 2020.

QUEIROZ M.A.C., et al. Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 662-667, 2015.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/aids. **Thieme Revinter Publicações** 10.ed. Rio de Janeiro, 2017.

RIBEIRO, F. S. A., et al. **Histórias de vida de mulheres encarceradas**. 97f, 2020. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte-MG, 2020.

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.

RUBENSTEIN L.S., et al. “HIV, prisoners, and human rights”. **The Lancet**, v. 388 n. 10050, p. 1202-14, 2016.

SANTOS, A.F.M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SANTOS, M. V., et al. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170033, 2017.

SILVA, C. M. **O direito à saúde da mulher no sistema carcerário brasileiro**. 48f, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) - Faculdade ASCES, ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR E TÉCNICO, Caruaru – PE, 2016a.

SILVA, R. F. **Aspectos relacionados à ocorrência da sífilis no Brasil: uma revisão sistemática**. Repositório Digital – UFRGS, p. 01-26, 2016b.

SILVA, B.G.; MENDES, D.R. Realidade sexual de mulheres presidiárias. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**. v. 5, n. 2, p.178-185, 2016c.

SOUSA, K. A. A., et al. Fatores associados à prevalência do vírus da imunodeficiência humana em população privada de liberdade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.51, e03274, 2017.

UNAIDS – United Nations Programme on HIV/AIDS. **Estatísticas globais sobre hiv 2018, 2019**. Disponível em: <<https://unaids.org.br/estatisticas/>>. Acessado em: 20 outubro de 2019.

VALE E.P., et al. Soroprevalência do HIV na população privada de liberdade no Amapá. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 3, p. 114-117, 2016.

WHO - World Health Organization. **Incidência e prevalência global de infecções sexualmente transmissíveis curáveis selecionadas**, 2008a.

9. APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE DISPENSA DO TCLE

Eu, Marcela de Andrade Silvestre, venho solicitar a este CEP a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a pesquisa intitulada: “PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA FEMININA DE ANÁPOLIS – GOIÁS” com a justificativa de que:

- 1- Não se estabelecerá contatos diretos com o entrevistado, mas por meio indireto, quando utilizaremos dados secundários disponibilizados por meio de seus documentos (prontuários e resultados de exames laboratoriais)
- 2- Considerando o momento de pandemia os participantes e pesquisadores não serão expostos a riscos de contaminação por COVID-19;
- 3- Será resguardado o sigilo e identificação dessas pacientes. Não sendo extraído dos prontuários informações sobre endereços como logradouro, bairro e número de residência.

Atenciosamente,

Marcela de Andrade Silvestre

Pesquisador responsável

Contato: (62) 992780017 (marcela.silvestre@docente.unievangelica.edu.br)

Anápolis, ____ de _____ de 2020.

Apêndice 2

Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados

Solicitamos autorização para manusear (**prontuários, documentos, fichas outros**) desta instituição/unidade, para a realização do projeto “PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA FEMININA DE ANÁPOLIS – GOIÁS” que está sob coordenação e responsabilidade da Professora Marcela de Andrade Silvestre e desenvolvido por alunos de graduação.

Será realizada coleta de dados por meio de instrumento, sendo que as informações contidas no mesmo serão retiradas de materiais impressos. Tais dados serão coletados somente após autorização do responsável da instituição. Os resultados desta pesquisa subsidiarão a construção de protocolos e rotinas para melhoria do atendimento e acompanhamento dos pacientes triados pelo serviço.

Todas as etapas da pesquisa respeitam as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, contidas na Resolução 466/2012, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Será garantido o sigilo dos dados coletados da Instituição, ao se substituir o nome dos pacientes e/ou das fichas por códigos, e o nome da instituição por letras, para manter o anonimato dos dados coletados.

Os dados que serão coletados serão utilizados para desenvolver Trabalhos de conclusão de curso, que posteriormente serão publicados em revistas científicas da área, periódicos ou cadernos de resumos, bem como disponibilizados para a instituição.

Asseguramos que os dados coletados ficarão guardados por 5 anos, sob responsabilidade dos pesquisadores e após esse período serão destruídos, conforme Resolução 466/12.

Anápolis, ____ de _____ de 2020.

Pedro Henrique Cardoso Jorge
Diretor de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde

Apêndice 3

Declaração da Instituição coparticipante

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA FEMININA DE ANÁPOLIS – GOIÁS” realizada por Sarah Coelho Borges (62) 98137-9808, Horrana Carolina Bahmad Gonçalves (62) 98520-5694, Jordana Daniella Inêz da Silva (62) 99681-8763, Ricardo da Silva Vieira (62) 99346-4459, Vanessa Ribeiro (62) 99828-2780, matriculados no Curso Medicina do Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, sob a orientação do professor Me. Marcela de Andrade Silvestre e coorientação da Prof^ª. Me. Júlia Maria Rodrigues de Oliveira, a fim de desenvolver Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), para obtenção do título em bacharel em Medicina, sendo está uma das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: Identificar as condições de prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e de saúde de mulheres encarceradas em um sistema penitenciário de Anápolis, Goiás, fazendo-se necessário a coleta de dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis por meio do programa de IST municipal, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados o instrumento de coleta será o questionário no formato checklist com variáveis sociodemográficas e de desfecho (resultado positivo ou negativo para os agravos investigados).

A elaboração e aplicação desse instrumento serão de responsabilidade dos pesquisadores, e visam a possibilidade de descrever o perfil sociodemográfico bem como o histórico de saúde e as demandas das mulheres participantes. O nome de cada uma delas será ocultado dos prontuários e substituídos por códigos numéricos atribuídos de forma aleatória garantindo o sigilo nominal da pessoa.

Quanto aos benefícios os presentes dados coletados são uma forma de reconhecer as desigualdades que estigmatizam grupos vulneráveis, em que a sociedade precisa estar disposta a reverter essa situação assegurando assistência à saúde de caráter preventivo e curativo.

O estudo pode servir como fonte de dados, para regulamentar o protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde das populações privadas de liberdade no momento em que são admitidas no sistema e efetivar atendimentos realizados de forma integrada na rede conveniada

com o SUS. É importante ressaltar a aplicabilidade dos dados na instrução e educação em saúde sobre quais são os comportamentos de risco e como prevenir a(s) doença(s) bem como o esclarecimento de dúvidas pela equipe de saúde das instituições penitenciárias.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS nº. 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, ____ de _____ de ____

Pedro Henrique Cardoso Jorge
Diretor de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde

Apêndice 4

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O checklist abaixo é uma adaptação de questionários já validados, tendo como fonte o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz e os estudos intitulados “Quem são as mulheres encarceradas” e “Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas”. O objetivo é fazer um mapeamento do histórico de saúde dessas mulheres encarceradas, contando com informações sobre o perfil sociodemográfico, ISTs e hábitos de vida que estejam registrados em prontuário.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

- Código de identificação do prontuário: _____ Data de nascimento: ____/____/____
- Idade: ____ Raça: _____ Data de ingresso: ____/____/____
- Tempo de reclusão (em anos, meses e dias): ____
- Ocupação: _____
- Estado civil: () Casada () União estável () Solteira () Viúva () Separada () Divorciada ()
Outro: _____
- Escolaridade: () Nenhuma () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo
- Tem filhos: () Sim, G__P__A__ () Não

ASPECTOS GERAIS

- Hábitos de vida: Bebida alcoólica: () Sim () Não Uso de drogas ilícitas: () Sim, qual (ais): _____ () Não Fumante: () Sim () Não
- Relação sexual: Vida sexual ativa: () Sim () Não () Mulher-Homem () Mulher-Mulher Essas relações são protegidas (uso de métodos de barreira): () Sim () Não Faz uso de contraceptivos: () Sim () Não
- Já teve alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST):
() Não; () Sim, qual (ais): _____
Se sim, quando teve a IST, você fez algum tipo de tratamento? () Sim () Não
Qual? _____
- Realizou **TR** para:
HIV: () Sim () Não Resultado: () positivo () negativo
Teste confirmatório: () Sim () Não Resultado: () positivo () negativo Qual: _____

Conduta: _____

Sintomas relatados: () Sim () Não

Se sim, quais: _____

Hep. B: () Sim () Não Resultado: () positivo () negativo

Teste confirmatório: () Sim () Não Resultado: () positivo () negativo Qual: _____

Conduta: _____

Sintomas relatados: () Sim () Não

Se sim, quais: _____

Hep C: () Sim () Não Resultado: () positivo () negativo

Teste confirmatório: () Sim () Não Resultado: () positivo () negativo Qual: _____

Conduta: _____

Sintomas relatados: () Sim () Não

Se sim, quais: _____

Sífilis: () Sim () Não Resultado: () positivo () negativo

Teste confirmatório: () Sim () Não Resultado: () positivo () negativo Qual: _____

Conduta: _____

• Exame de Colpocitologia Oncótica (COP): () Sim () Não

Se sim, data do último exame: _____

Resultados: _____

10. ANEXOS

Anexo 1

Parecer de aprovação do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA FEMININA DE ANÁPOLIS - GOIÁS

Pesquisador: Marcela de Andrade Silvestre

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38643920.6.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.339.737

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1631593.pdf e do Projeto_TC_Med_plataforma.docx

Resumo

O Brasil se encontra na quarta posição mundial em relação ao tamanho absoluto de mulheres encarceradas as quais, em sua maioria, são solteiras, jovens com idade de 18 a 29 anos e negras. Assim, os determinantes sociais desse grupo são, muitas vezes, responsáveis pelas iniquidades de saúde vivenciadas, representados pelo baixo fator socioeconômico, escolar, além de serem oriundas de camadas sociais desfavorecidas. O objetivo deste estudo é identificar a prevalência de sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatite B e C em mulheres encarceradas no ano de 2019 em um sistema penitenciário de Anápolis, Goiás. O presente estudo caracteriza-se como corte transversal retrospectivo descritivo realizado a partir de dados secundários oriundos de uma unidade de saúde Prisional de um presídio de Anápolis-GO. Os mesmos serão fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde em que o processo de execução e repasse dos resultados são de responsabilidade dos pesquisadores. Cabe ressaltar que a amostra será composta por 49 participantes, podendo ser alterada considerando os critérios de inclusão e exclusão. O instrumento de coleta será um questionário estruturado em forma de checklist com variáveis sociodemográficas. A coleta dos dados ocorrerá em cinco etapas cronológicas que serão selecionados no prontuário de acordo com os critérios de inclusão, em que será montado uma

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA**



Continuação do Parecer: 4.339.737

planilha de dados com tabelas e registros digitais. Dessa forma, é fundamental proporcionar uma atenção integral voltada à saúde dessa população, diminuindo o estigma, preconceitos e principalmente a perpetuação dessas IST presentes nesse meio. Serão considerados e respeitados todos os princípios éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos no Brasil respeitando a resolução nº466 de 2012.

Palavras-chave: infecções sexualmente transmissíveis; mulheres em privação de liberdade; saúde da mulher.

Metodologia

Tipo de estudo

A presente investigação trata-se de um estudo transversal retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários oriundos de uma unidade de saúde Prisional de um presídio de Anápolis-GO.

O estudo de corte transversal constitui uma subcategoria dos estudos observacionais mais amplamente difundidos e publicados em pesquisa epidemiológica. Nesse tipo de delineamento, tem como propósito investigar os eventos de saúde de uma população específica, averiguar a associação existente entre a exposição e a doença o que reforça a necessidade de se conhecer suas principais características para cada um dos indivíduos estudados e determinar a ocorrência ou ausência do incidente (desfecho) (GREENHALGH, 2008). Um dos principais interesses pela escolha para com esse tipo de estudo se deve ao baixo custo, rapidez, menor complexidade e objetividade na coleta de dados (BASTOS; DUQUIA, 2007).

Local de estudo

O presente estudo utilizará dados colhidos de prontuários de pacientes institucionalizados na unidade de saúde localizada na Unidade Prisional de Anápolis, que se localiza Av. Raimundo Carlos Costa e Silva, no bairro Jardim das Américas 3ª etapa. Essa unidade prisional possui duas alas, a masculina e a feminina. Nas dependências da unidade prisional há uma unidade de saúde, que pertence a gerencia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, responsável pela assistência básica a esses indivíduos. Os dados de atendimento e prontuários de seguimento e diagnóstico para ISTs fica na sede do programa de DST e Aids do município de Anápolis. Onde será realizada a coleta de dados. É de extrema importância ressaltar que esse estudo será realizado com a autorização da Escola Municipal de Saúde Pública, representando assim a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 4.339.737

População de estudo

A população será constituída de todos os prontuários de mulheres situação prisional em uma unidade penitenciária de Anápolis Goiás que fizeram exames de TR para investigação de HIV, Sífilis e Hepatite B no anos de 2019, bem como o seguimento mediante aos resultados desses testes, sendo negativos ou positivos. Serão utilizados dados secundários coletados dos prontuários dessas mulheres.

A seleção da casuística da será realizada com base no registro de informações obtidas através dos prontuários e/ou registros fornecidos pela coordenação do programa de IST e Aids do município de forma a investigar todos os registros.

Amostragem

De acordo com informações colhidas na Secretaria Municipal de Saúde há uma sazonalidade na ocupação da instituição prisional sendo a lotação máxima da ala feminina de 56. Pretende-se então investigar todos os prontuários disponibilizados referentes ao ano de 2019. O cálculo amostral foi realizado considerando um poder estatístico de 80% (≈ 20), nível de significância de 95% (α). Utilizou-se uma calculadora virtual gratuita, calcular e converter. Assim, a amostra será composta de 49 participantes.

Critérios de Elegibilidade

Critério de Inclusão

Serão incluídos prontuários de pacientes com idade superior a 18 anos, que façam acompanhamento da unidade de saúde prisional e que possuam dados e informações sobre a realização de TR ou exames confirmatórios para HIV, Sífilis e Hepatite B bem como outros indicativos de doenças sexualmente transmissíveis.

Critério de Exclusão

Serão incluídos prontuários de pacientes em que as informações sejam ilegíveis ou incompletas a ponto de comprometer a veracidade dos dados.

Fonte dos dados

Os dados utilizados serão dados secundários que serão obtidos dos prontuários de pacientes, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis por meio do programa de IST municipal. O instrumento de coleta será um questionário estruturado em forma de checklist

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA**



Continuação do Parecer: 4.339.737

(apêndice A) com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação/aposentado, atividade sexual, opção sexual, raça, tempo de reclusão, incidência de reclusão, outras ISTs presentes) e de desfecho (resultado positivo ou negativo para os agravos investigados). Os dados serão coletados em período e horário determinados pela coordenação do Programa de IST e Aids do município de Anápolis a fim de causar menos impacto na rotina dos colaboradores

Procedimentos para coleta dos dados

A coleta dos dados ocorrerá em cinco etapas cronológicas: 1) Inicialmente, será enviada às chefias técnica, da Secretaria Municipal de Saúde, uma carta de ciência e autorização para a condução da pesquisa na unidade. 2) Após a aprovação do Comitê de Ética, realizar-se-á o contato formal com o serviço para ajuste de horários e disponibilidade do campo para possibilitar acesso aos prontuários a fim de se realizar os registros. 3) Serão selecionados os prontuários de acordo com os critérios de inclusão. 4) Será realizado o registro dessas informações coletadas dos dados dos prontuários no instrumento de coleta de dados, a qual será realizada pelos pesquisadores. 5) Montar uma planilha de dados com tabelas e registros digitais.

Variáveis de Estudo

Variáveis de Exposição

Pode-se considerar como variáveis de exposição: as sociodemográficas e culturais sendo elas: idade, orientação sexual, renda, estado civil, naturalidade, escolaridade, religião, local de moradia, iniciação sexual precoce, tempo de reclusão e números de vezes de reclusão.

Como fatores de risco, considera-se a existência de contato com o sangue de outra pessoa, consumo de drogas lícitas (álcool) e ilícitas, práticas sexuais, uso de preservativo durante relações sexuais, compartilhamento de objetos cortantes de higiene pessoal, história de IST, antecedentes de prostituição, relação sexual com pessoas do mesmo sexo, antecedentes de reclusão, presença de tatuagem e/ou "piercing" no corpo.

Variáveis de desfecho

Será considerado como desfecho os resultados positivo para as infecções por Sífilis, HIV e hepatite B

Análise de dados

As informações obtidas a partir da análise dos resultados do ano de 2019 serão digitalizadas em uma planilha do Excel. Após o seu processamento, os dados serão exportados para Statistical

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 4.339.737

Package for the Social Sciences (SPSS 22.0/IBM). As características sociodemográficas e comportamentais serão descritas e caracterizadas por prevalências. As prevalências das informações e das infecções serão calculadas considerando intervalo de 95% de confiança. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes. Para as análises de associação utilizará razão de prevalência, para a busca de fatores de risco e diferença de prevalência.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Identificar a prevalência das IST: HIV, sífilis e hepatite B e C entre mulheres encarceradas de um sistema penitenciário de Anápolis, Goiás.

Objetivos específicos

- Investigar as condições de saúde das mulheres no sistema prisional, visando fortalecer seus direitos de contribuir para o acesso à saúde.
- Identificar o perfil sócio-demográfico das mulheres no sistema prisional
- Identificar o histórico de saúde em busca de comportamentos de risco a fim de promover intervenções de educação e promoção à saúde.
- Descrever a prevalência de Sífilis dessa população.
- Descrever a prevalência de Hepatite B e C dessa população.
- Descrever a prevalência de HIV dessa população.
- Associar perfil e tempo de encarceramento com a presença das ISTs investigadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e como minimizá-los

Estima-se que os riscos quanto às dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, particularmente quanto a qualquer tipo de constrangimento, serão minimizados conforme o item V da Resolução nº 466/12.

Nestes termos, o pesquisador compromete-se a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa, mantendo em absoluto sigilo os nomes dos pacientes pesquisados.

Benefícios

Os presentes dados coletados são uma forma de reconhecer as desigualdades que estigmatizam grupos vulneráveis, em que a sociedade precisa estar disposta a reverter essa situação assegurando assistência à saúde de caráter preventivo e curativo. O estudo pode servir como fonte

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 4.339.737

de dados, para regulamentar o protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde das populações privadas de liberdade no momento em que são admitidas no sistema e efetivar atendimentos realizados de forma integrada na rede conveniada com o SUS. É importante ressaltar a aplicabilidade dos dados na instrução e educação em saúde sobre quais são os comportamentos de risco e como prevenir a (s) doença (s) bem como o esclarecimento de dúvidas pela equipe de saúde das instituições penitenciárias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa proposto pelo curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Profa Ma. Marcela de Andrade Silvestre. Apresenta protocolo completo, bem desenhado, com informações claras, principalmente nos itens que envolvem os participantes de pesquisa. Informa o tamanho da população e amostra pretendida de acordo com o tipo de metodologia pretendido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador responsável atende todas as orientações da construção de um projeto de pesquisa e da Resolução CNS 466/12 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador responsável atende todas as orientações da construção de um projeto de pesquisa e da Resolução CNS 466/12 e complementares.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1631593.pdf	29/09/2020 13:39:45		Acelto

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 4.339.737

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_cnpj.pdf	29/09/2020 13:39:15	Marcela de Andrade Silvestre	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_do_pesquisador.pdf	29/09/2020 09:35:06	Marcela de Andrade Silvestre	Aceito
Outros	Termo_de_Manuseio_de_Dados.pdf	23/09/2020 19:08:21	Marcela de Andrade Silvestre	Aceito
Outros	Declaracao_Inst_coparticipante_SMS.pdf	23/09/2020 19:05:06	Marcela de Andrade Silvestre	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_dispensa_TCLE.pdf	15/09/2020 14:13:58	Marcela de Andrade Silvestre	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TC_Med_plataforma.docx	15/09/2020 14:06:54	Marcela de Andrade Silvestre	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 15 de Outubro de 2020

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br