

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS NO CÁRCERE: REVISÃO DA LITERATURA

Pedro Augusto Bossonario¹ 
Nanci Michele Saita¹ 
Rubia Laine de Paula Andrade¹ 
Glauber Palha dos Santos¹
Maria Inês Battistella Nemes²
Aline Aparecida Monroe¹ 

¹Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

²Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: descrever a assistência em saúde prestada às pessoas vivendo com HIV/aids no sistema penitenciário.

Método: trata-se de uma revisão narrativa da literatura que considerou publicações entre os anos de 2012 a 2017. O levantamento bibliográfico foi realizado com a utilização de descritores controlados e palavras chaves nas bases de dados LILACS, PubMed, Embase, Cinahl e Scopus.

Resultado: foram recuperados 215 estudos que passaram por três etapas de seleção, dos quais se incluiu nove. Estes foram agrupados de acordo com os eixos: prevenção do HIV, testagem e diagnóstico do HIV, tratamento para o HIV e articulação entre Serviços de Saúde na abordagem ao HIV.

Conclusão: as unidades penitenciárias têm capacidade de oferecer assistência em saúde de qualidade às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV, por meio de ações de promoção à saúde e prevenção do vírus HIV, bem como do diagnóstico precoce e adesão ao tratamento.

DESCRITORES: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Prisões. Prisioneiros. Assistência à saúde.

COMO CITAR: Bossonario PA, Saita NM, Andrade RLP, Santos GP, Nemes MIB, Monroe AA. Assistência às pessoas com HIV/AIDS no cárcere: revisão da literatura. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso ANO MÊS DIA]; 29:e20180324. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0324>

CARE TO INCARCERATED PEOPLE WITH HIV/AIDS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Objective: to describe health care provided to people living with HIV/AIDS in the penitentiary system.

Method: a narrative review of the literature that considered publications from 2012 to 2017. The bibliographic survey was performed using controlled descriptors and keywords in the LILACS, PubMed, Embase, Cinahl and Scopus databases.

Result: a total of 215 studies were retrieved that went through three selection stages, including nine. These were grouped according to the areas: HIV prevention, HIV testing and diagnosis, HIV treatment, and articulation between Health Services in addressing HIV.

Conclusion: prisons have the capacity to offer quality health care to persons deprived of their liberty living with HIV, through health promotion and prevention of the HIV virus, as well as early diagnosis and adherence to treatment.

DESCRIPTORS: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Prisons. Prisoners. Health care.

ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA EN LA CÁRCEL: REVISIÓN DE LA LITERATURA

RESUMEN

Objetivo: describir la atención médica brindada a las personas que viven con VIH / SIDA en el sistema penitenciario.

Método: una revisión narrativa de la literatura que consideró las publicaciones de 2012 a 2017. La encuesta bibliográfica se realizó utilizando descriptores controlados y palabras clave en las bases de datos LILACS, PubMed, Embase, Cinahl e Scopus.

Resultado: se recuperaron un total de 215 estudios que pasaron por tres etapas de selección, incluidas nueve. Estos se agruparon según los ejes: prevención del VIH, pruebas y diagnóstico del VIH, tratamiento del VIH y articulación entre los Servicios de Salud con enfoque el VIH.

Conclusión: las cárceles tienen la capacidad de proporcionar atención médica de calidad a las personas privadas de libertad que viven con el VIH a través de acciones de promoción de la salud y la prevención del VIH, así como el diagnóstico precoz y la adhesión al tratamiento.

DESCRIPTORES: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Cárceles. Prisioneros. Atención de la salud.

INTRODUÇÃO

Os desafios frente ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), configura-se como uma luta prioritária para a saúde mundial, uma vez que a epidemia atinge principalmente segmentos com comportamentos de risco, que muitas vezes não possuem acesso às ações e serviços de saúde como o sistema prisional¹.

Anualmente, cerca de 30 milhões de pessoas passam pelas penitenciárias em todo o mundo, das quais, mais de 10 milhões permanecem encarceradas por um determinado período de tempo.² Tais indivíduos sofrem com a maior prevalência de HIV em relação à população geral.³

Para assegurar os direitos em saúde de sentenciados com HIV, em 2014, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogando a portaria interministerial 1.777 de 2003. Nesta Política, as unidades prisionais (UP) são reafirmadas como pontos de atenção básica no âmbito da Rede de Atenção à Saúde do SUS, e prevê, dentre outros, uma assistência integral, resolutive e contínua às demandas de saúde, com controle e redução dos agravos mais prevalentes no ambiente carcerário.⁴

Com isso, as pessoas privadas de liberdade com infecção pelo HIV devem ser assistidas por equipes internas que desenvolvem ações segundo as atribuições e funções da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo também encaminhadas para atendimento em outros pontos de atenção, quando necessário.⁵ Nesse âmbito, contudo, as ações de promoção e prevenção em saúde são prestadas de forma insuficiente à essa população, assim como a assistência médica.⁵⁻⁶

Reconhece-se o ambiente carcerário como um espaço estruturado capaz de promover cuidado contínuo voltados ao controle do HIV com oferta da terapia antirretroviral e manejo de comorbidades, como a drogadição, a tuberculose e outras infecções sexualmente transmissíveis.⁷⁻⁸

Acredita-se que para uma efetiva resposta ao impacto do HIV/aids nas prisões enquanto problema de saúde pública, é fundamental que o acesso às ações e serviços de saúde voltado a prevenção e controle do HIV pela população prisional seja equivalente ao ofertado à comunidade.⁴

Dessa forma, o presente trabalho buscou descrever a assistência em saúde prestada às pessoas vivendo com HIV/aids no sistema penitenciário, por meio de uma revisão da literatura, a fim de construir um panorama e trazer reflexões acerca da temática proposta.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura. Para o desenvolvimento desta, pretendeu-se responder à seguinte pergunta: Como é a assistência em saúde prestada às pessoas que vivem com HIV/aids no sistema prisional?

A busca por artigos foi realizada no mês de janeiro de 2018 nas bases de dados: CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), Embase (*Excerpta Medica dataBASE*), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), PubMed (*Public/Medline* ou *Publisher Medline*) e Scopus (*SciVerse Scopus*, propriedade da Elsevier). Optou-se pelas cinco bases de dados com o intuito de obter o maior número possível de publicações científicas pertinentes à temática estudada.

Os descritores utilizados foram: “assistência à saúde” e “HIV ou síndrome da imunodeficiência adquirida” e “prisoneiros ou prisões”. Os quais foram readequados conforme a base de dados utilizada, a saber: palavras chave de língua inglesa foram empregadas na CINAHL e Embase; descritores na língua inglesa, encontrados no *Medical Subject Headings* foram utilizados na PubMed; descritores em português, inglês e espanhol identificados por meio de pesquisa ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram considerados na LILACS; na busca realizada na Scopus, optou-se por utilizar

as palavras chave em inglês selecionadas nas demais bases internacionais, uma vez que a mesma não possui vocabulário estruturado. Os operadores booleanos utilizados nas bases de dados entre os descritores foram AND e OR.

As produções científicas encontradas, inicialmente, foram analisadas a partir dos títulos e resumos para identificar se tinham potencial de responder à pergunta delineada. Após tal seleção, os artigos foram lidos na íntegra para verificar a pertinência de inclusão dos mesmos no estudo. Na sequência, procedeu-se a extração de dados com o preenchimento de um instrumento específico, elaborado pelos próprios autores, para caracterização dos artigos, bem como organização e síntese dos principais resultados.

Os critérios de inclusão das produções científicas foram: estudos em formato de artigo; população estudada com idade igual ou superior a 18 anos e que correspondesse às pessoas vivendo com HIV/aids; idiomas nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola; publicação no período de 2012 a 2017. Optou-se pela busca de artigos publicados nesse período, uma vez que essa revisão fez parte da discussão de um estudo realizado em 2015, de tal forma que pretendeu-se encontrar estudos recentes ao período de execução do mesmo (3 anos antes e 3 anos depois). Excluíram-se artigos que não respondiam à questão do estudo, além daqueles que não foram encontrados ou não estavam disponíveis na íntegra em sua versão online.

Foram recuperados 215 artigos publicados no período definido para o estudo, sendo 23 excluídos por duplicação. Após leitura dos títulos e resumos, 35 materiais foram selecionados para leitura na íntegra, resultando na inclusão de nove artigos (Figura 1).

A organização e síntese dos principais achados presentes nos artigos científicos incluídos permitiram a configuração dos seguintes eixos temáticos relacionados à assistência em HIV às pessoas privadas de liberdade (PPL): prevenção, testagem/diagnóstico, tratamento e articulação com serviços de saúde. Tais eixos foram ancorados na perspectiva do modelo da Cascata do cuidado contínuo do HIV, o qual apresenta as etapas que os indivíduos que vivem com HIV devem percorrer desde o diagnóstico oportuno até a supressão viral,⁸ como mostra a Figura 2.

Em relação ao eixo temático “prevenção”, considerou-se a supressão da carga viral na redução da transmissão do HIV, uma vez que se constitui como um importante elemento dentro do elenco de ações preventivas delineadas para a redução do número de casos novos da infecção pelo vírus.

Da mesma forma, o eixo “testagem” não se constitui, isoladamente, enquanto uma das etapas da cascata do cuidado, contudo, optou-se por agrupá-lo com o diagnóstico, uma vez que se apresentam inter-relacionados.

Vislumbrou-se a possibilidade de considerar o eixo “articulação com serviços de saúde”, pois possibilita a transversalidade da assistência prestada como resposta às demandas de saúde dos usuários. Compreende-se, nesta perspectiva, a importância da definição e aplicabilidade das linhas de cuidado como uma forma factível de articular recursos e práticas de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, tendo como prerrogativa a superação de respostas fragmentadas às necessidades epidemiológicas de maior relevância, como o HIV. As linhas de cuidado definem as responsabilidades dos diferentes pontos de atenção no que se refere à oferta de ações e serviços de saúde; expressam os fluxos assistenciais a serem garantidos aos sujeitos; permitem delinear o itinerário terapêutico dos usuários na rede; possuem como elementos estruturantes - a atenção integral e o cuidado centrado no usuário.¹⁰ A implementação da linha de cuidado em HIV implica na articulação entre os pontos de atenção da rede, incluindo as UPs, com a finalidade de garantir a concretude das etapas previstas na cascata do cuidado contínuo.

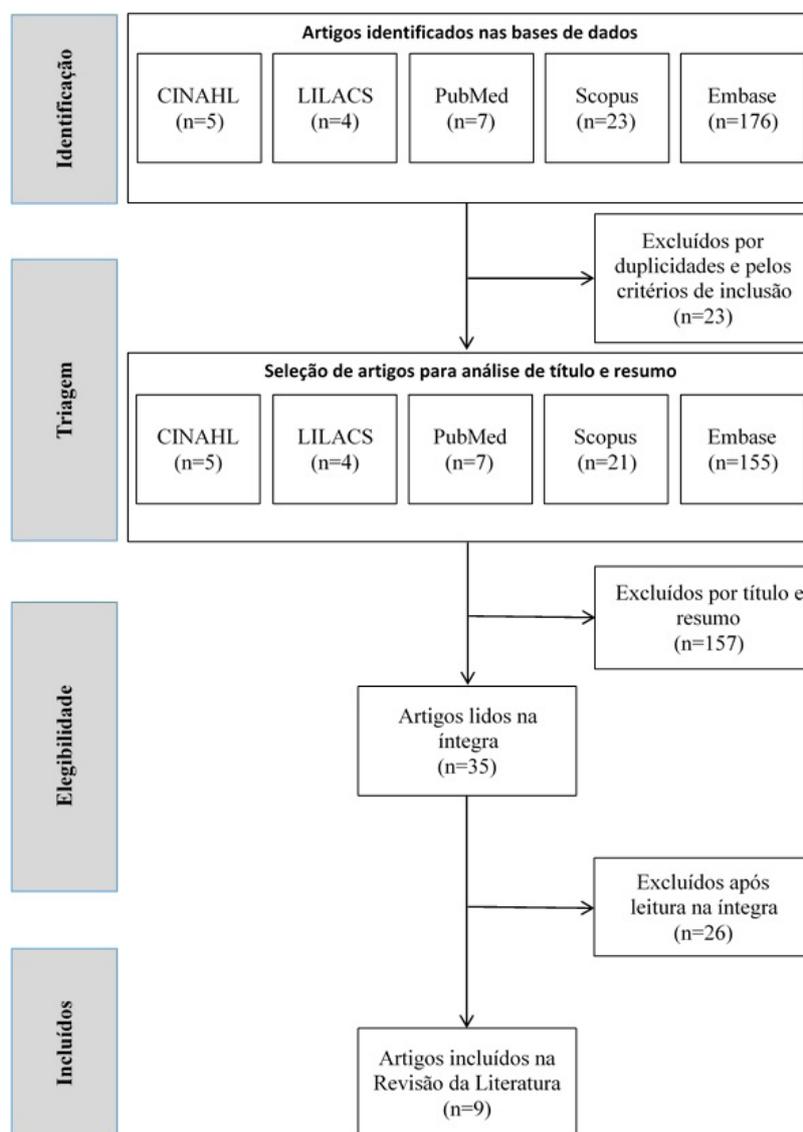


Figura 1 – Fluxograma do número de artigos analisados em cada etapa da revisão

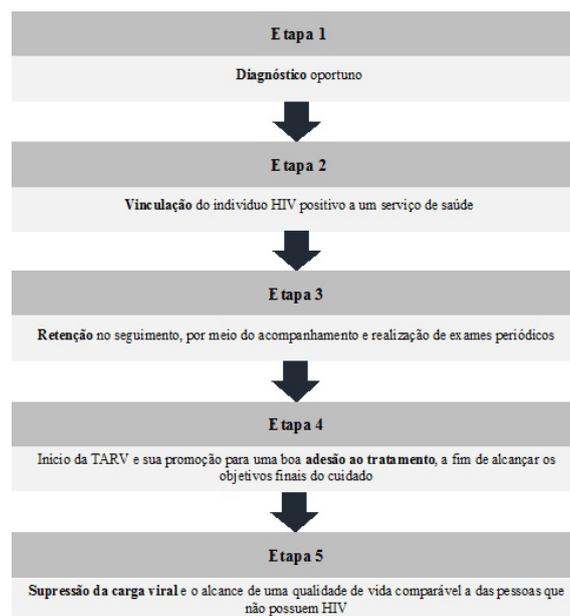


Figura 2 – Etapas da Cascata do Cuidado Contínuo em HIV
Fonte: Ministério da Saúde, 2018.⁹

É importante ressaltar também uma proposta adaptada da cascata clássica, denominada Modelo QualiRede do Contínuo do Cuidado (Figura 3), a qual foi reconstruída no sentido de incorporar as etapas de “promoção da saúde sexual/reprodutiva e prevenção específica às IST/aids”, anteriores ao “diagnóstico”. Ainda, considerando a diretriz terapêutica de oferecimento da terapia antirretroviral (TARV) para as pessoas com HIV, tão logo o diagnóstico seja instituído, optou-se pela realocação da etapa “tratamento”, anterior à “retenção”. A “adesão” à TARV também é apresentada explicitamente como uma das etapas do modelo, não apenas como um elemento do “tratamento”, como sinalizada na cascata clássica. O referido Modelo vem sendo utilizado desde 2015 no estado de São Paulo, com o objetivo de consolidar e qualificar a Rede de Cuidados em IST/aids e hepatites virais.¹¹



Figura 3 – Modelo QualiRede do Contínuo do Cuidado: etapas e finalidades

Fonte: São Paulo, 2018.¹¹

RESULTADOS

Dos artigos selecionados, não foram encontrados estudos publicados no ano de 2014. Quanto aos locais de pesquisa, quatro ocorreram nos Estados Unidos da América e os outros cinco em países diversos; não foram identificados estudos no Brasil. Todos os materiais estão publicados na língua inglesa. Em relação à abordagem dos estudos, sete eram quantitativos (três descritivos, dois transversais e dois mesclam descritivo/transversal) e dois qualitativos (Quadro 1).

A assistência prestada às pessoas com HIV/aids no cárcere foi abordada pelos artigos no que diz respeito aos seguintes eixos temáticos: Prevenção do HIV,^{12,19} Testagem e diagnóstico do HIV,¹³⁻¹⁶ Tratamento para o HIV,¹³⁻¹⁶ Articulação com serviços de saúde na abordagem ao HIV.^{12,15,18,20}

No eixo prevenção do HIV, verificou-se que o desenvolvimento de tal ação dentro das UP pode ser uma alternativa para diminuir o número de casos novos de detentos infectados pelo vírus,¹⁹ embora existam prisões que representam um ambiente de alto risco para a transmissão do mesmo. Outro estudo aponta o baixo encaminhamento de detentos aos serviços de saúde para a oferta de ações de prevenção em HIV, com destaque para a testagem e resultado do teste, consulta médica após o diagnóstico da infecção pelo vírus e orientações sobre a exposição do vírus às parcerias.^{12,19}

Na testagem e aconselhamento, estudo realizado na Itália no ano de 2013, identificou que todas as UPs estudadas ofereciam teste de HIV.¹³ Outro estudo realizado na Malásia apontou que 66,9% dos participantes foram diagnosticados com HIV em encarceramento prévio, 56,5% em encarceramento atual e 10,5% por meio de teste obrigatório durante o encarceramento.¹⁴ Ressalta-se que este último estudo contempla elementos da cascata do cuidado antes do encarceramento e durante a prisão, considerando o diagnóstico, a retenção do cuidado (oferta de TCD4+) e prescrição da TARV, entretanto, a prevenção da doença, adesão terapêutica e supressão viral não foram explorados.

Quadro 1 – Informações sobre artigos incluídos na revisão

| Autoria | Revista | Ano | Delimitação metodológica | Local |
|---|---------------------|------------|---------------------------------|----------------|
| Seth P, Figueroa A, Wang G, Reid L, Belcher L. ¹² | HHS Public Acces | 2015 | Descritivo e transversal | Estados Unidos |
| Monarca R, Madeddu G, Ranieri R, Carbonara S, Leo G, Sardo M, et al. ¹³ | BMC Infect Dis | 2015 | Transversal | Itália |
| Bick J, Culbert G, Al-Darraji HA, Koh C, Pillai V, Kamarulzaman A, et al. ¹⁴ | Int J Prison Health | 2016 | Transversal | Malásia |
| Spaulding AC, Booker CA, Freeman SH, Ball SW, Stein MS, Jordan AO, et al. ¹⁵ | Aids and Behaviour | 2012 | Descritivo | Estados Unidos |
| Subramanian Y, Khan MN, Berger S, Foisy M, Singh A, Woods D, et al. ¹⁶ | Int J Prison Health | 2016 | Descritivo | Canadá |
| Simonsen KA, Shaikh RA, Earley M, Foxall M, Boyle C, Islam KM, et al. ¹⁷ | J Prim Prev | 2015 | Descritivo | Estados Unidos |
| Jordan AO, Cohen LR, Harriman G, Teixeira PA, Cruzado-Quinones J, Venters H ¹⁸ | Aids Behaviour | 2012 | Descritivo e transversal | Estados Unidos |
| Chakrapani V, Kamei R, Kipgen H, Kumar J ¹⁹ | Int J Prison Health | 2013 | Qualitativo | Índia |
| Esposito M ²⁰ | Int J Prison Health | 2012 | Qualitativo | Itália |

Entre 2007 e 2011, 877.119 pessoas que entraram no sistema prisional nos Estados Unidos, das quais, 56,9% receberam a oferta do teste de HIV, 24,2% aceitaram a testagem e 24% efetivamente realizaram a mesma. Das 210.267 pessoas testadas, 89,5% receberam o resultado; 0,62% foram positivos; 0,56% receberam o resultado positivo; 0,39% eram casos novos e 7,4% se auto identificaram com o vírus.¹⁵

Verificou-se ainda que apesar do teste rápido para HIV ser uma opção para identificar pessoas infectadas pelo vírus nas unidades penitenciárias, barreiras institucionais como o financiamento e a logística do oferecimento do teste foram percebidas em estudo realizado no Canadá com 300 detentos.¹⁷ Nesse estudo, os participantes receberam seus resultados dos exames realizados antes da saída do presídio, sinalizando a viabilidade de oferecer o teste rápido durante os procedimentos que antecedem o período de livramento. Ressalta-se que 40% das PPL recusaram a realização do teste.¹⁷

No eixo temático tratamento para o HIV, uma iniciativa para o fortalecimento e integração entre os serviços/cuidados comunitários e a unidade prisional nos Estados Unidos desenvolvida com enfoque na distribuição e o uso de ARV nos sujeitos privados de liberdade, bem como na retenção do cuidado por, pelo menos, seis meses após o livramento prisional, identificou que as UP participantes referiram adequada capacidade para empreender ações de articulação para o tratamento com ARV às PPL que vivem com HIV.¹⁵

A competência institucional para a dispensação de medicamentos para o tratamento da pessoa que vive com HIV também foi constatada em um estudo realizado na Itália envolvendo 35 UP. A

dispensação da medicação por enfermeiros para os infectados ocorria em 70% dos casos no próprio contexto prisional e o restante ocorria em unidades médicas externas.¹⁴ Quanto à administração das medicações, 42,8% faziam tratamento diretamente observado (TDO), 31,4% eram autoadministrados e 25,7% utilizavam ambos os métodos. A frequência de distribuição dos ARV na prisão era: “uma vez ao dia” (17,2%), “duas vezes ao dia” (31,4%) ou “≥3 vezes ao dia” (51,4%). O regime de distribuição de ARV “uma vez ao dia” foi considerado como facilitador para a realização do TDO no contexto prisional, de acordo com a percepção das equipes de saúde.¹³

Em estudo realizado na Malásia, nos anos de 2012 e 2013, das 221 pessoas que viviam com HIV e estavam custodiados no sistema prisional, 73,7% atendiam aos critérios para a indicação da TARV e 26,2% possuíam supressão viral, entretanto, destes, 34,4% não recebiam os medicamentos ARV durante o encarceramento.¹⁴

Estudo realizado por apontou que os recursos para o tratamento de HIV em detentos são insuficientes para atender às complexas necessidades de saúde dessa população (presença de comorbidades/coinfecções, uso de substâncias, doenças mentais), sinalizando a importância de ampliar o número de encarcerados a terem acesso ao tratamento medicamentoso, priorizando-se o alcance dos melhores resultados de saúde, a prevenção de drogaresistência e a transmissão da doença após o livramento prisional.¹⁴

O impacto do encarceramento de curta duração na adesão à TARV, na supressão viral e na retenção do cuidado junto à comunidade após o livramento prisional, por meio da obtenção de dados relacionados aos períodos antes, durante e após o encarceramento, verificou-se que a adesão medicamentosa foi mais expressiva durante o encarceramento.¹⁶ Com o encarceramento, houve aumento na supressão viral e na contagem de células T-CD4+, bem como a maior inserção dos indivíduos no serviço de saúde pós-encarceramento em relação ao período pré.¹⁶ Os autores apontaram a possibilidade de incrementar o desfecho ao HIV, incluindo adesão ao tratamento e a inserção dos indivíduos nos serviços comunitários de saúde após o encarceramento.¹⁶

No eixo voltado à articulação com serviços de saúde na abordagem ao HIV, um estudo, em que foram entrevistados 19 detentos que viviam com HIV, apontou as consequências para a saúde mental e qualidade de vida dos prisioneiros decorrentes da privação da liberdade, em relação à assistência à saúde, as principais queixas recaíram sobre a espera por atendimento e por exames.²⁰

Outras deficiências citadas foram baixa qualidade no atendimento, quantidade e pontualidade dos serviços especializados disponíveis aos detentos e dificuldade de acesso a medicamentos. Dessa forma, parcerias entre unidade penitenciárias e serviços de saúde permitem consultas com profissionais de saúde, a fim de garantir a continuidade do cuidado para os detentos.¹⁵

Ainda na perspectiva da continuidade do cuidado, uma pesquisa realizada nos Estados Unidos apontou a importância da coordenação do cuidado transicional, ou seja, aquele que possibilita a transição e a continuidade do cuidado dos detentos com HIV/aids entre UP e o serviço de saúde de sua comunidade de origem. Nesse estudo, os autores sinalizaram que, após a conscientização dos detentos sobre a importância da continuidade do cuidado em HIV, houve um aumento de 2.218 para 2.519 em relação aos presos que buscaram a coordenação do cuidado transicional entre 2009 a 2011, de modo que as consultas médicas na atenção primária aumentaram de 941 para 1.336.¹⁸

DISCUSSÃO

Foram encontrados poucos estudos sobre a prevenção do HIV nas UP, mesmo tendo em vista que estas deveriam organizar as suas práticas segundo as atribuições da APS.⁴ Ainda, reconhecendo a importância das etapas que compõem a cascata do cuidado contínuo, urge a necessidade de investimentos para que as UPs estejam aptas para orientar as PPL que vivem com HIV sobre a importância da prevenção combinada, do diagnóstico precoce da infecção e da introdução da TARV

como medida para manter a carga viral indetectável, além de orientações voltadas à redução da transmissão da doença. Tais investimentos requerem a disponibilidade e a qualificação dos recursos humanos, bem como infraestrutura adequada com previsão de insumos essenciais. Assim, seria possível reduzir o encaminhamento dos detentos para outros serviços de saúde, em especial, para a realização de ações de prevenção.

A construção da linha de cuidado voltada à prevenção da transmissão do HIV no âmbito prisional permeia a possibilidade de concretizar o acesso à saúde, ao diagnóstico do HIV e aos serviços de saúde quando necessário.^{8,21} Isso envolve a distribuição de panfletos, disposição cartazes educativos e estratégias de educação em saúde com metodologias ativas,²² de modo a informar e facilitar o acesso às ações de prevenção do HIV em um ambiente imerso em comportamentos de risco, como prática sexual desprotegida e uso de drogas.

Há que se destacar a concepção ampliada que envolve a oferta de ações e serviços de prevenção ao HIV, designada “prevenção combinada”, pautada em três intervenções: as biomédicas, comportamentais e estruturais. As biomédicas são ações de redução do risco de exposição ao vírus, dividindo-se em clássicas, como a aplicação de métodos de barreiras (preservativos femininos, masculinos e gel lubrificante), e baseadas no uso de antirretrovirais (ARV), como Tratamento como Prevenção (TCP), oferecido para todas as pessoas tão logo o diagnóstico seja instituído; Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). As comportamentais voltadas à ampliação de informações e da percepção acerca do risco de exposição ao HIV, como aconselhamento sobre IST, apoio à testagem, redução de danos diante do uso de álcool e outras drogas, valorização de estratégias de comunicação e educação por pares, dentre outras. As estruturais são relacionadas às transformações socioculturais para minimizar a vulnerabilidade de indivíduos ou populações-chave ao HIV. Por exemplo, o enfrentamento ao racismo, sexismo e demais preconceitos, promoção e defesa dos direitos humanos, dentre outras. Tais intervenções podem ser aplicadas à população geral e também às populações-chave, como as PPL.^{21,23}

A oferta de testagem para HIV, como componente da prevenção combinada, contribui para a identificação dos indivíduos infectados, bem como para o início da terapia medicamentosa visando à qualidade de vida dos sujeitos e também à supressão viral, sendo que esta última produz impactos significativos na transmissão da doença. Salienta-se que, para a efetividade de tais contribuições, estratégias que garantam a oferta sistemática da testagem devem ser empreendidas, considerando todo o percurso prisional dos sujeitos privados de liberdade.

A oferta dos testes para diagnóstico do vírus HIV não significa aceitação em realizá-lo. Há que se investigar os motivos de recusa para a realização da testagem no contexto prisional no sentido de identificar as barreiras existentes e implementar estratégias capazes e superá-las. Simultaneamente à organização do serviço para a oferta de testes, investimentos em campanhas/ações para a sensibilização e motivação dos sujeitos quanto ao diagnóstico precoce do HIV são relevantes. Caso o aconselhamento e testagem não sejam ofertados dentro das UP, arranjos assistenciais são necessários para o encaminhamento dos sujeitos aos serviços de saúde aptos a tais procedimentos.

De acordo com estudo realizado na Índia, verificou-se que usuários de drogas injetáveis não têm acesso à realização de testes de HIV no âmbito prisional e, tampouco, são encaminhados para locais que oferecem os mesmos.²¹

Apesar das dificuldades apontadas nos estudos com o fornecimento de testes rápidos para HIV, a realização imediata da testagem no momento do aceite e a agilidade na divulgação dos resultados contribuem para a redução das chances de recusa e permitem o rápido conhecimento da condição sorológica dos sujeitos. Uma vez que este é realizado em minutos, trata-se de uma boa opção para os indivíduos privados de liberdade, incluindo aqueles que estão saindo do ambiente prisional.

Retomando-se a cascata do cuidado contínuo,^{10,24-25} entre etapas de prevenção e diagnóstico do HIV, encontra-se a oferta do teste rápido, fundamental para o conhecimento da condição sorológica dos sujeitos encarcerados e as respectivas providências assistenciais diante do resultado divulgado. Contudo, tão importante quanto a realização da testagem é a necessidade de proceder ao acolhimento e aconselhamento das PPL com o intuito de sensibilizá-las acerca de suas vulnerabilidades e identificar as intervenções necessárias para minimizar os riscos de contaminação/transmissão do HIV por meio da prevenção combinada, incluindo a redução de danos diante de situações envolvendo o compartilhamento de utensílios perfurocortantes no cárcere.

Conforme mencionado, promover rupturas nos ciclos de transmissão do HIV implica na operacionalização de estratégias de intervenção, com destaque para as medidas biomédicas pautadas no uso de ARV, a saber TCP, ou seja, a oferta de ARV às pessoas vivendo com HIV objetivando o alcance/manutenção da carga viral indetectável; PEP, que prevê a utilização de ARV em até 72 horas a partir da exposição a uma situação de risco de contato com o vírus do HIV; e a PrEP, que apresenta outras estratégias que compõem a prevenção combinada ao HIV.²⁶

No Brasil, desde dezembro de 2013, o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, por meio da política de “Testar e Tratar” e do TCP, vem disponibilizado os medicamentos ARV de forma gratuita para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente do nível de linfócitos

Para além da oferta/ acesso ao tratamento medicamentoso, a adesão terapêutica representa um importante desafio para o controle do HIV. É importante destacar que o caminho percorrido pelo indivíduo desde a promoção de saúde, oferta e testagem de HIV, diagnóstico oportuno, TARV precoce e condução clínica adequada impacta diretamente na diminuição da vulnerabilidade ao adoecimento, queda da mortalidade, aumento da sobrevida, ampliando o vínculo e o sucesso terapêutico.^{21,24-25}

Diante do diagnóstico de HIV, o detento deve ser encaminhado ao serviço de referência para uma primeira consulta médica, contudo, estudo conduzido nos Estados Unidos com 841 casos novos indica baixo encaminhamento ao serviço de saúde (37,9%), bem como à consulta médica por um período de até 90 dias após o diagnóstico (49,7%).²²

A primeira consulta com a equipe de saúde apta para o atendimento desse sujeito recém-diagnosticado é essencial para construção do vínculo profissional-pessoa que vive com HIV e para o esclarecimento de dúvidas acerca do diagnóstico, pois se constitui de um momento essencial para efetivação das ações ofertadas para controle e construção do conhecimento acerca da qualidade de vida do indivíduo daquele momento em diante. Por isso, a demora do contato entre paciente e equipe de saúde pode fragilizar a saúde mental do detento devido ao estigma e preconceito da doença.

Para a efetivação da cascata do cuidado é necessário pensar na continuidade da assistência, envolvendo a promoção de saúde até a supressão viral, bem como, na articulação entre os diversos atores envolvidos na rede de atenção,^{21,24-25} mostrando a importância da continuidade do cuidado para o controle do HIV/aids.

Dentre as limitações deste estudo, destacam-se: a busca bibliográfica não foi feita por dois revisores independentes, uma vez que não se trata de revisão integrativa nem sistemática; a possibilidade de exclusão de artigos pertinentes à revisão na etapa de seleção feita a partir da leitura dos títulos e resumos dos mesmos; a inclusão de artigos somente nos idiomas português, espanhol e inglês.

CONCLUSÃO

Em síntese, os estudos que integraram a presente revisão que teve como objetivo descrever a assistência em saúde prestada às pessoas vivendo com HIV/aids no sistema penitenciário retrataram a importância dos testes rápidos para identificar os casos de infecção pelo HIV no sistema prisional, com o objetivo de instituir a detecção precoce e o tratamento oportuno, além dos esforços e articulações

necessárias para ofertar um cuidado integral, tendo como objetivos assistenciais: a qualidade de vida dos sujeitos e a supressão da carga viral das PPL que vivem com HIV.

Verificou-se também a importância da articulação e a coordenação da assistência envolvendo as unidades de saúde prisionais e os serviços de saúde especializados, a APS e, inclusive, os serviços comunitários, objetivando a abordagem terapêutica adequada aos detentos, tanto durante o período de confinamento como após o livramento prisional.

Apesar das barreiras encontradas para prevenção e o controle do HIV, observa-se que o sistema prisional apresenta potencialidades na assistência prestada às pessoas que vivem com HIV, uma vez que se configura como importante ponto de atenção à saúde organizando as suas práticas em consonância com as funções e atributos da APS de modo a ofertar um cuidado integral, integrado e resolutivo.

Por fim, avançar na assistência prestada em HIV às PPL, ancorada na perspectiva de operacionalização das etapas que compõem a cascata do cuidado contínuo, implica em esforços conjuntos e articulação entre serviços de saúde vinculados a distintos órgãos gestores com o intuito de alcançar compromissos pactuados internacionalmente para o enfrentamento da epidemia de aids nas populações-chave, com destaque para a PPL.

REFERÊNCIAS

1. Paulon SM, Ramagnoli R. Quando a vulnerabilidade se faz potência. *Interação Psicol.* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Jan 13];22(3):178-87. Disponível em <https://dx.doi.org/10.5380/psi.v22i3.56045>
2. Walmsley R. *World Prison Population List*, 11a ed. London (UK): King's College London, International Centre for Prison Studies, 2016.
3. Carbone ASS, Sgarbi RVE, Lemos EF, Paião DSG, Simionatto S, Castro ARCM, et al. Estudo multicêntrico da prevalência de tuberculose e HIV na população carcerária do Estado do Mato Grosso do Sul. *Com Cie Saúde.* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jan 13];28(1):53-7. Disponível em <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/116/44>
4. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014: institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 03 jan. 2014a. Seção 1, p. 18-21.
5. Lima FRMU, Freitas NS, Santos RS, Miranda LN. Assistência à Saúde no Sistema Penitenciário em Indivíduos Portadores de HIV. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit.* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jan 13];4(2):251-8. Disponível em <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/4548>
6. Valera P, Chang Y, Lian Z. HIV risk inside US prisons: a systematic review of risk reduction interventions conducted in US prisons. *AIDS care.* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jan 13];29(8):943-52. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1080/09540121.2016.1271102>
7. Meyer JP, Cepeda J, Wu J, Trestman RL, Altice FL, Springer SA, et al. Optimization of human immunodeficiency virus treatment during incarceration: viral suppression at the prison gate. *JAMA Intern Med.* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jan 13];174(5):721-9. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.601>
8. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo do HIV. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2017 [acesso 2019 Out 02]. Disponível em http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64313/manual_tecnico_cascata_final_web_1.pdf?file=1&type=node&id=64313&force=1

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2018 [acesso 2019 Out 02]. Disponível em http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64484/pcdt_adulto_12_2018_web.pdf?file=1&type=node&id=64484&force=1
10. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/aids: Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde, CRT – DST/AIDS. São Paulo, SP(BR): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2017 [acesso 2019 Out 02]. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/diretrizes_para_implementacao_da_rede_de_cuidados_em_ist_hiv_aids_-_vol_i_-_manual_de_gestao_2.pdf
11. Faculdade de Medicina da USP, Departamento de Medicina Preventiva, Equipe QualiRede, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, Programa Estadual de Hepatites Virais. Manual de apoio a consolidação da Rede de Cuidados para a resposta a Sífilis Congênita, ao HIV/Aids e as Hepatites Virais. São Paulo, SP(BR): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2018. [acesso 2018 Jun 21]. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/qualirede/manualdeapoioaconsolidacaodarededecuidados.pdf>
12. Seth P, Figueroa A, Wang G, Reid L, Belcher L. HIV testing, HIV positivity, and linkage and referral services in correctional facilities in the United States, 2009-2013. *Sex Transm Dis.* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jan 13];42(11):643-9. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1097/olq.0000000000000353>
13. Monarca R, Madeddu G, Ranieri R, Carbonara S, Leo G, Sardo M, et al. HIV treatment and care among Italian inmates: a one-month point survey. *BMC Infect Dis.* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jan 13];15(1):562. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1186/s12879-015-1301-5>
14. Bick J, Culbert G, Al-Darraj HA, Koh C, Pillai V, Kamarulzaman A, et al. Healthcare resources are inadequate to address the burden of illness among HIV-infected male prisoners in Malaysia. *Int J Prison Health.* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jan 13];12(4):253-69. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1108/IJPH-06-2016-0017>
15. Spaulding AC, Booker CA, Freeman SH, Ball SW, Stein MS, Jordan AO, et al. Jails, HIV testing, and linkage to care services: an overview of the EnhanceLink initiative. *AIDS Behav.* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Jan 13];17(2):100-7. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1007/s10461-012-0339-2>
16. Subramanian Y, Khan MN, Berger S, Foisy M, Singh A, Woods D, et al. HIV outcomes at a Canadian remand centre. *Int J Prison Health.* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Apr 24];12(3):145-56. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1108/ijph-12-2015-0041>
17. Simonsen KA, Shaikh RA, Earley M, Foxall M, Boyle C, Islam KM, et al. Rapid HIV screening in an urban jail: How testing at exit with linkage to community care can address perceived barriers. *J Prim Prev.* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jan 13];36(6):427-32. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1007/s10935-015-0408-1>
18. Jordan AO, Cohen LR, Harriman G, Teixeira PA, Cruzado-Quinones J, Venters H. Transitional care coordination in New York City jails: facilitating linkages to care for people with HIV returning home from Rikers Island. *AIDS Behav.* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Abr 24];17(2):212-9. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1007/s10461-012-0352-5>
19. Chakrapani V, Kamei R, Kipgen H, Kh JK. Access to harm reduction and HIV-related treatment services inside Indian prisons: experiences of formerly incarcerated injecting drug users. *Int J Prison Health.* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Jan 13];9(2):82-91. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1108/17449201311326952>

20. Esposito M. "Double burden": a qualitative study of HIV positive prisoners in Italy. *Int J Prison Health*. [Internet]. 2012 [acesso 2018 Abr 24];8(1):35-44. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1108/17449201211268273>
21. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Prevenção Combinada. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2018 [acesso 2019 Out 02]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>
22. Pinto ACS, Queiroz MVO, Gubert FA, Braga VAB, Pinheiro PNC. Educação em saúde na prevenção do hiv/aids com homens jovens usuários de crack. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jan 13]; 25(3):e4070015. Available from <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004070015>
23. World Health Organization (WHO). Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva (CH): WHO; 2014.
24. World Health Organization (WHO). Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva (CH): WHO; 2015 [acesso 2018 Jan 13]. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf
25. Pan American Health Organization (PAHO). World Health Organization (WHO). HIV Continuum of Care Monitoring Framework 2014: addendum to meeting report: regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.(US): PAHO/WHO, 2014 [acesso 2018 Jan 13]. Disponível em <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-continuum-care-HIV.pdf>
26. UNAIDS Brasil. Prevenção Combinada. Brasília, DF(BR): UNAIDS Brasil; 2019 [acesso 2019 Oct 02]. Disponível em https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/11/prevenção_combinada.pdf

NOTAS

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Bossonario PA, Saita NM, Monroe AA.

Coleta de dados: Bossonario PA, Saita NM.

Análise e interpretação dos dados: Bossonario PA, Saita NM.

Discussão dos resultados: Bossonario PA, Saita NM, Andrade RLP, Santos GP, Monroe AA.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Bossonario PA, Saita NM, Andrade RLP, Santos GP, Nemes MIB, Monroe AA.

Revisão e aprovação final da versão final: Bossonario PA, Saita NM, Andrade RLP, Santos GP, Nemes MIB, Monroe AA.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 05 de setembro de 2018.

Aprovado: 28 de janeiro de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Pedro Augusto Bossonario

pedro.bossonario@gmail.com