

Pessoas vivendo com HIV/Aids no cárcere: regularidade no uso da terapia antirretroviral

People living with HIV/AIDS in prison: regular use of antiretroviral therapy

Personas que viven con el VIH/sida en la cárcel: regularidad del uso del tratamiento antirretroviral

Gláucia Morandim Ravanholi¹

Erika Aparecida Catoia¹

Rubia Laine de Paula Andrade¹

Livia Maria Lopes²

Maria Eugenia Firmino Brunello³

Valdes Roberto Bollela⁴

Maria Ines Battistella Nemes⁵

Aline Aparecida Monroe¹

Descritores

Saúde pública; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Terapia antirretroviral de alta atividade; Cooperação e adesão ao tratamento; Prisões

Keywords

Public health; Acquired immunodeficiency syndrome; Antiretroviral therapy, highly active; Treatment adherence and compliance; Prisons

Descriptores

Salud Pública; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Terapia antirretroviral altamente activa; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Prisiones

Submetido

18 de Dezembro de 2018

Aceito

13 de Maio de 2019

Resumo

Objetivo: Analisar os desafios relacionados à regularidade no uso da terapia antirretroviral pelas pessoas vivendo com HIV privadas de liberdade. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em seis unidades prisionais de dois municípios paulistas. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2015, mediante entrevistas, com apoio de instrumento específico. Os dados foram analisados a partir de técnicas descritivas, análise univariada (testes de associação Qui-quadrado e Exato de Fisher) e teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

Resultados: Participaram da pesquisa 67 indivíduos em uso da terapia antirretroviral. Identificou-se que, nos últimos sete dias, 80,6% dos indivíduos não deixaram de tomar os medicamentos antirretrovirais e 91% negaram tomar quantidade errada de comprimidos, de acordo com a prescrição médica. Quanto às ações de monitoramento da terapia antirretroviral, o questionamento sobre o uso contínuo dos medicamentos pela equipe de saúde das unidades prisionais foi considerado regular. O uso irregular da terapia antirretroviral apresentou associação estatisticamente significativa com uso de drogas lícitas antes do encarceramento ($p=0,006$) e interrupção do acompanhamento médico ($p=0,014$).

Conclusão: Tais achados mostram a necessidade de estratégias de intervenção que favoreçam o acompanhamento e monitoramento do uso da terapia antirretroviral no contexto prisional.

Abstract

Objective: To analyze the challenges related to regularity in the use of antiretroviral therapy by people living with HIV deprived of their liberty.

Methods: This is an exploratory study, with a quantitative approach, carried out in six prison units of two municipalities in São Paulo State. The data collection took place in the period from August to November 2015, through interviews, with the support of a specific tool. Data were analyzed using descriptive techniques, univariate analysis (Chi-Square association test and Fisher's Exact Test) and non-parametric Mann-Whitney U test.

Results: 67 individuals taking antiretroviral therapy participated in the study. It was identified that, in the last seven days, 80.6% of the subjects did not stop taking the antiretroviral drugs and 91% denied taking the wrong amount of tablets, according to the medical prescription. Regarding the antiretroviral therapy monitoring actions, questioning about continuous use of the drugs by the health team of the prison units was considered regular. Irregular use of antiretroviral therapy showed a statistically significant association with use of licit drugs prior to incarceration ($p = 0.006$) and interruption of medical follow-up ($p = 0.014$).

Conclusion: These findings show the need for intervention strategies that favor follow-up and monitoring of the use of antiretroviral therapy in the prison context.

Resumen

Objetivo: analizar los desafíos relacionados con la regularidad del uso del tratamiento antirretroviral por personas privadas de la libertad que viven con el VIH.

Métodos: se trata de un estudio exploratorio, con enfoque cuantitativo, realizado en seis unidades penitenciarias de dos municipios del estado de São Paulo. La recolección de datos se llevó a cabo en el período de agosto a noviembre de 2015 mediante entrevistas, con apoyo de instrumento específico. Los datos fueron analizados a partir de técnicas descriptivas, análisis univariado (prueba χ^2 de Pearson y prueba exacta de Fisher) y prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Resultados: participaron de la investigación 67 individuos en tratamiento antirretroviral. Se identificó que, en los últimos siete días, el 80,6% de los individuos no dejó de tomar los medicamentos antirretrovirales y un 91% negó haber tomado la cantidad equivocada de comprimidos, de acuerdo con la prescripción médica. Con relación a las acciones de monitoreo del tratamiento antirretroviral, el cuestionamiento sobre el uso continuo de los medicamentos por el equipo de salud de las unidades penitenciarias fue considerado regular. El tratamiento antirretroviral irregular presentó una relación estadísticamente significativa con el uso de drogas lícitas antes del encarceramiento ($p=0,006$) y la interrupción del seguimiento médico ($p=0,014$).

Conclusión: tales descubrimientos demuestran la necesidad de estrategias de intervención que favorezcan el seguimiento y monitoreo del uso del tratamiento antirretroviral en el contexto penitenciario.

Como citar:

Ravanholi GM, Catoia EA, Andrade RL, Lopes LM, Brunello ME, Bollela VR. Pessoas vivendo com HIV/Aids no cárcere: regularidade no uso da terapia antirretroviral. Acta Paul Enferm. 2019;32(5):521-9.

Autor correspondente

Aline Aparecida Monroe
<https://orcid.org/0000-0003-4073-2735>
 E-mail: amonroe@eerp.usp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900073>



¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto SP, Brasil.

²Centro Universitário Municipal de Franca, Franca, SP, Brasil.

³Faculdade de Tecnologia em Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

A epidemia da aids teve sua trajetória alterada em 1996, com o advento da terapia antirretroviral (TARV), acarretando um novo perfil da doença, que passou a ser considerada uma condição crônica e tornou almeável as metas estabelecidas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) para o fim da epidemia, em âmbito global, até o ano 2030. Tais metas envolvem identificar 90% das pessoas que vivem com o vírus, tratar 90% dos casos diagnosticados com HIV, e alcançar a supressão viral em 90% das pessoas em uso de antirretroviral.⁽¹⁾

Para a operacionalização das metas internacionais, tem-se utilizado o modelo epidemiológico denominado cascata do cuidado contínuo que se ancora no monitoramento programático da epidemia e visa o diagnóstico precoce, a vinculação e a retenção das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) aos serviços de saúde, pressupondo a oferta da TARV e a supressão viral.⁽²⁾

Dessa forma, torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias voltadas ao acesso e adesão à TARV para atingir o fim da epidemia do HIV no mundo, onde cerca de 1,8 milhões de diagnósticos de infecção pelo vírus foram realizados em 2016, compondo uma estimativa de 36,7 milhões de pessoas vivendo com o HIV,⁽³⁾ sendo estes concentrados em países em desenvolvimento e em populações-chave, denotando segmentos com maior vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento.⁽⁴⁾

Em relação à epidemia no Brasil, foram notificados 984.129 casos de aids desde o início do registro dos casos até junho de 2018.⁽⁴⁾ No entanto, embora a prevalência do HIV na população geral brasileira se mantenha estável em 0,6% desde 2004, a epidemia concentra-se em populações-chave, cuja prevalência pode atingir 10,5%.⁽⁵⁾

Dentre as populações-chave, destaca-se a população privada de liberdade (PPL), que tem maior chance de contrair o HIV em função dos comportamentos de risco vivenciados dentro da prisão.⁽⁶⁾ Além disso, é importante ressaltar que a prevalência da infecção no ambiente prisional é maior quando comparada à população geral.^(7,8)

O Brasil, atualmente, concentra a terceira maior população prisional do mundo, com 726.215 pessoas presas.⁽⁹⁾ O cenário das prisões brasileiras, insalubres e superlotadas, e o perfil sociodemográfico das pessoas encarceradas concentram aspectos determinantes para o aumento da vulnerabilidade ao HIV no âmbito prisional e elementos que constituem barreiras à adesão ao tratamento, como a falta de autonomia e privacidade no uso da TARV.⁽¹⁰⁾

Todavia, o encarceramento pode ter impacto positivo na condição clínica dos apenados que vivem com HIV por possibilitar oportunidades para a continuidade do cuidado, vínculo com os serviços de saúde e acesso a TARV.⁽¹¹⁾ Tal aspecto merece ser investigado no cenário brasileiro, uma vez que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) preconiza que as equipes de saúde prisionais sejam consideradas pontos de atenção básica de saúde, tendo a população carcerária o direito ao acesso às ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Diante desse cenário, abordar o uso da TARV e as estratégias adotadas no contexto prisional para garantir a adesão ao tratamento torna-se de extrema importância e pode subsidiar reflexões e proposição de estratégias que otimizem e qualifiquem a produção do cuidado em saúde, bem como o adequado manejo do HIV nessa população.

Sendo assim, este estudo objetivou analisar a regularidade no uso da TARV pelas PVHA no contexto carcerário, adotando como referencial teórico o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes.⁽¹²⁾ Tal modelo é utilizado para identificar as demandas e organizar a atenção em saúde, baseando-se na estratificação populacional segundo suas vulnerabilidades, nos determinantes sociais e na relação usuários-profissionais de saúde, de tal forma que as intervenções de saúde propostas perpassam a promoção e prevenção à saúde a gestão do cuidado até a gestão de caso.⁽¹²⁾

Métodos

Estudo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em seis unidades prisionais localizadas no

interior do estado de São Paulo, sendo uma unidade prisional feminina, três masculinas e dois Centros de Detenção Provisória masculinos. Essas unidades foram incluídas no estudo uma vez que pertencem a uma região com a terceira maior incidência de HIV no estado.⁽¹³⁾ Destaca-se que, no geral, um centro de detenção provisória difere-se de uma penitenciária por abrigar presos sem condenação, que aguardam julgamento.

A população deste estudo foi composta por indivíduos com diagnóstico de HIV/aids, e teve como critérios de inclusão estar em uso de TARV e estar em situação de privação de liberdade há mais de seis meses na unidade prisional de estudo. Esse período foi definido, pois pretendia-se obter informações da experiência dos indivíduos em receber o tratamento no contexto prisional, estimando que neste período a pessoa tenha comparecido a pelo menos uma consulta com infectologista e com o médico da unidade de saúde prisional e esteja recebendo as medicações antirretrovirais conforme rotina do serviço. Verificou-se a existência de 102 detentos que possuíam o diagnóstico para o HIV nas UP, dos quais, 10 estavam nas UP por período inferior a seis meses, dois não estavam na UP no momento da entrevista e cinco sujeitos não quiseram participar do estudo. Além disso, 18 não faziam uso de TARV, de tal modo que 67 sujeitos foram incluídos nesta pesquisa.

Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas, com apoio de um instrumento estruturado em seções: I. regularidade no uso da terapia antirretroviral; II. dados sociodemográficos e clínicos; III. dados de acompanhamento e monitoramento do uso da terapia antirretroviral pelos profissionais de saúde. Nas questões da seção I do instrumento, as respostas foram dadas por meio de variáveis dicotômicas. As variáveis da seção II contemplaram opções de respostas dicotômicas, de múltipla escolha e quantitativas. Na seção II, as respostas foram dadas a partir de uma escala preestabelecida (escala *Likert*) com valor entre “um” e “cinco”, cuja resposta menos favorável correspondia a “um” e mais favorável a “cinco”. Disponibilizou-se uma escala visual de respostas (*Likert*) a fim de facilitar a compreensão dos participantes durante a entrevista.

Também foram colhidos dados secundários, por meio do prontuário de saúde prisional, Sistema de Controle Logístico de Medicamento (SICLOM), para obtenção dos dados referentes à retirada dos antirretrovirais e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos T-CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL), sendo este para adquirir os resultados dos exames laboratoriais realizados no ano anterior à data da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por seis membros do Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids (GEOH aids), sendo que todos os envolvidos foram devidamente treinados para a aplicação dos instrumentos, bem como para conduzirem a coleta zelando pela fidedignidade nos dados, o sigilo, a confidencialidade e a proteção da identidade dos sujeitos do estudo. As entrevistas tinham duração média de 20 minutos e eram realizadas em salas reservadas com a presença de um agente penitenciário para resguardar a segurança dos entrevistadores.

Os dados coletados foram duplamente digitados e os procedimentos estatísticos utilizados nesta pesquisa basearam-se em técnicas de estatística descritivas (distribuição de frequência, medidas de tendência central e variabilidade). Além disso, foram criados indicadores para avaliar a frequência das ações realizadas para o monitoramento do uso da TARV pelos profissionais de saúde do sistema prisional. O indicador correspondia ao valor médio de todas as respostas de cada variável, sendo classificado como insatisfatórios (entre 1,0 e 2,5), regulares (maior que 2,5 e menor que 3,5) e satisfatórios (entre 3,5 e 5,0). Esses intervalos foram fixados em função dos valores definidos para cada categoria de resposta utilizada nos itens abordados nas entrevistas, de tal forma que foram agrupados os valores das respostas com sentido positivo e daqueles com sentido negativo. Para finalizar, utilizou-se análise univariada (teste qui-quadrado e/ou exato de Fisher), por meio do qual se testou a associação entre a regularidade do uso da TARV e o perfil sociodemográfico e clínico dos casos. Para testar a diferença no desempenho das unidades prisionais em relação ao monitoramento do uso da TARV de acordo com a regularidade no uso da mesma, utilizou-se o teste

não paramétrico U de Mann-Whitney, em função da escala de resposta (*Likert*) utilizada. Para todos os testes estatísticos, adotou-se um nível de significância de 5%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição responsável pelo estudo, sob protocolo nº CAAE: 64358117.7.0000.5393.

Resultados

Dos 67 participantes do estudo, a maioria (80,6%) estava no regime fechado e 38,8% relataram estar presos entre dois e cinco anos. Quanto ao tempo de permanência na atual unidade prisional, 38,8% possuíam entre um e três anos de detenção.

Em relação à regularidade no uso da TARV nos últimos sete dias, a maioria dos participantes (76,1%) afirmou que não tomou a medicação fora do horário habitual, 80,6% não haviam deixado de tomar os medicamentos e 91% negaram tomar os comprimidos em quantidade menor ou maior que a prescrita. Ressalta-se que 58,2% das retiradas da TARV no último ano (2014) ocorreram de forma regular junto às unidades dispensadoras na rede local de saúde (Tabela 1). A partir desses resultados, identificou-se 46 indivíduos em uso regular da TARV e 21 em uso irregular.

Tabela 1. Distribuição da frequência da regularidade no uso da terapia antirretroviral das pessoas que vivem com HIV/Aids privadas de liberdade nas unidades prisionais do interior de São Paulo

Regularidade no uso da Terapia Antirretroviral		PVHA (n=67) n(%)
Tomou algum medicamento fora do horário nos últimos sete dias	Sim	14(20,9)
	Não	51(76,1)
	Não sei/não lembro	2(3,0)
Deixou de tomar algum medicamento nos últimos sete dias	Sim	12(17,9)
	Não	54(80,6)
	Não sei/não lembro	1(1,5)
Tomou menos ou mais comprimidos da terapia antirretroviral nos últimos sete dias	Sim	4(6,0)
	Não	61(91,0)
	Não sei/não lembro	2(3,0)
Retirada da medicação no último ano registrada no SICLOM	Total	39(58,2)
	Parcial	23(34,3)
	Nula	4(6,0)
	Sem Informação	1(1,5)

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria era do sexo masculino (79,1%), adultos jovens, (52,2% entre a faixa etária entre 25 e 39 anos), não brancos (64,2% autodeclarados pretos ou pardos), solteiros, (47,8%), com baixa escolaridade (67,1% possuíam entre o fundamental I e II), com renda prévia ao encarceramento de um a três salários mínimos (50,7%) (Tabela 2).

Em relação ao diagnóstico para o HIV, 44,8% afirmaram ter sido realizado no contexto prisional. Em relação ao tempo de conhecimento do status sorológico para o HIV, 47,8% sabiam há 10 anos ou mais e 86,6% estavam em acompanhamento médico, sendo que 47,8% o realizam por nove anos ou mais. No entanto, 41,7% dos participantes afirmaram interrupção do seguimento médico em algum momento de suas vidas. Quanto ao perfil clínico, 31,3% apresentavam a contagem dos linfócitos TCD4+ acima de 500 cópias/mm³ e 62,7% com carga viral indetectável (<40 cópias/ml). Em relação a outros problemas de saúde, 70,1% relataram a concomitância de alguma outra condição de saúde, com 41,7% em uso de outros medicamentos além da TARV. Sobre a história de uso de drogas antes do encarceramento, 71,6% afirmaram uso de drogas ilícitas e 80% de drogas lícitas (álcool e tabaco) (Tabela 2).

O uso regular da TARV teve associação estatisticamente significativa com o sexo feminino (p=0,024), e o uso irregular foi associado à interrupção do acompanhamento médico e à história de uso de drogas lícitas antes do encarceramento (p=0,014 e 0,004, respectivamente) (Tabela 2).

As unidades prisionais foram avaliadas de forma satisfatória quanto à entrega sem atraso dos medicamentos da TARV. Quanto às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde prisional para acompanhamento e monitoramento do uso da TARV, a perda de consulta com infectologista por problemas na unidade prisional e o questionamento sobre a regularidade da tomada dos medicamentos foram avaliados como regular. Foram consideradas insatisfatórias as variáveis envolvendo: recebimento de informações sobre resultados de exames de TCD4+ e carga viral; questionamento sobre as condições de armazenamento dos medicamentos na cela; a forma

Tabela 2. Características sociodemográficas e clínicas das pessoas que viviam com HIV/aids nas unidades prisionais do interior de São Paulo em 2015, segundo a regularidade do uso da terapia antirretroviral

Dados sociodemográficos e clínicos dos casos		Total n(%)	Uso da TARV		p-value	
			Regular n(%)	Irregular n(%)		
Sexo	Masculino	53(79,1)	33(71,1)	20(95,2)	0,024[†]	
	Feminino	14(20,9)	13(28,3)	1(4,8)		
Idade	25 – 39 anos	35(52,2)	23(50,0)	12(57,1)	0,587 [#]	
	40 – 61 anos	32(47,8)	23(50,0)	9(42,9)		
Cor	Branco	24(35,8)	19(41,3)	5(23,8)	0,166 [#]	
	Não Branco	43(64,2)	27(58,7)	16(76,2)		
Estado Civil	Solteiro	32(47,8)	19(41,3)	13(61,9)	0,184 [#]	
	Casado / União Estável	23(34,3)	19(41,3)	4(19,05)		
	Separado/Divorciado/ Viúvo	12(17,9)	8(17,4)	4(19,05)		
Escolaridade	Fundamental I	20(29,8)	4(8,7)	1(4,8)	0,751 [#]	
	Fundamental II	25(37,3)	14(30,4)	6(28,6)		
	Médio/Ensino Superior	17(25,4)	18(39,1)	7(33,3)		
	Sem Estudo	5(7,5)	10(21,7)	7(33,3)		
Profissão	Sim	59(88,1)	41(89,1)	18(85,7)	0,486 [†]	
	Não	8(11,9)	5(10,9)	3(14,3)		
Trabalha na penitenciária	Sim	23(34,3)	16(34,8)	7(33,3)	0,908 [#]	
	Não	44(65,7)	30(65,2)	14(66,7)		
Renda*	Até 01 salário mínimo	18(26,9)	11(26,8)	7(38,6)	0,215 [#]	
	01 – 03 salários mínimos	34(50,7)	25(61,0)	9(50,0)		
	03 – 05 salários mínimos	4(6,0)	4(9,8)	-		
	05 salários mínimos ou mais	3(4,5)	1(2,4)	2(11,1)		
	Sem informação	8(11,9)	-	-		
Diagnóstico no sistema prisional	Sim	30(44,8)	19(41,3)	11(52,4)	0,398 [#]	
	Não	37(55,2)	27(58,7)	10(47,6)		
Tempo de diagnóstico	Até 5 anos	18(26,8)	12(26,1)	6(28,69)	0,498 [#]	
	6 a 10 anos	17(25,4)	10(21,7)	7(33,3)		
	10 ou mais	32(47,8)	24(52,2)	8(38,1)		
Acompanhamento médico	Sim	64(95,5)	41(89,1)	17(80,9)	0,292 [†]	
	Não	3(4,5)	5(10,9)	4(19,1)		
Tempo de acompanhamento médico	Não faz	9(13,4)	5(10,9)	4(19,0)	0,485 [#]	
	Até 8 anos	26(38,8)	17(37,0)	9(48,9)		
	9 anos ou mais	32(47,8)	24(52,2)	8(38,1)		
Interrupção do acompanhamento médico	Sim	28(41,8)	15(32,6)	13(65,0)	0,014[#]	
	Não	38(56,7)	31(67,4)	7(35,0)		
	Não respondeu	1(1,5)	-	-		
Resultado da contagem de T-CD4+	< 350 cópias	20(29,9)	11(28,2)	9(47,4)	0,202 [#]	
	350-500 cópias	17(25,4)	11(28,2)	6(31,6)		
	> 500 cópias	21(31,3)	17(43,6)	4(21,0)		
	Sem informação	9(13,4)	-	-		
Resultado Carga Viral	Indetectável	42(62,7)	27(64,3)	15(75,0)	0,399 [#]	
	Detectável	20(29,8)	15(35,7)	5(25,0)		
	Sem Informação	5(7,5)	-	-		
Outros problemas de saúde	Sim	47(70,1)	32(69,6)	15(71,4)	0,877 [#]	
	Não	20(29,9)	14(30,4)	6(28,6)		
Outro Tratamento Medicamentoso	Sim	28(41,8)	19(41,3)	9(42,9)	0,905 [#]	
	Não	39(58,2)	27(58,7)	12(57,1)		
Uso de Drogas	Ilícitas	Sim	48(71,6)	31(67,4)	17(80,9)	0,253 [#]
		Não	19(28,6)	15(32,6)	4(19,1)	
	Lícitas	Sim	54(80,6)	33(71,7)	21(100)	0,004[†]
		Não	13(19,4)	13(28,3)	-	

* Valor de referência R\$ 788,00 salário mínimo de 2015; [†]Valor de p para o teste Exato de Fisher; [#]Valor de p para o teste Qui-quadrado; Informação em negrito significa valor menor que 0,05

de tomada da TARV; os efeitos colaterais da TARV; as dificuldades na tomada dos medicamentos; supervisão da tomada da TARV; recolhimento de embalagens vazias. Identificou-se diferença estatisticamente significativa entre as médias relacionadas ao indicador “recebe os medicamentos com atraso”, de forma que o atraso ocorreu com maior frequência no grupo caracterizado pelo uso irregular da TARV (Tabela 3).

Tabela 3. Indicadores de acompanhamento e monitoramento do uso da terapia antirretroviral das pessoas que vivem com HIV/aids nas unidades prisionais de um município do interior de São Paulo segundo a regularidade no uso da terapia antirretroviral

Acompanhamento e monitoramento do uso da terapia antirretroviral	Total $\bar{x} (\pm dp)$	Uso da TARV		p [#]
		Regular $\bar{x} (\pm dp)$	Irregular $\bar{x} (\pm dp)$	
Recebe os medicamentos com atraso*	3,94 (±1,50)	4,29 (±1,14)	3,19 (±1,89)	0,038
Perdem consulta c/ infectologista por problemas do serviço*	3,15 (±1,75)	3,26 (±1,68)	2,90 (±1,92)	0,498
Recebem resultados de T-CD4+ e carga viral	1,78 (±1,56)	1,78 (±1,55)	1,76 (±1,61)	0,909
Profissionais questionam a regularidade no uso da terapia antirretroviral	2,88 (±1,88)	3,11 (±1,91)	2,38 (±1,75)	0,133
Questionam a ocorrência de efeitos colaterais da terapia antirretroviral	1,93 (±1,51)	2,07 (±1,55)	1,62 (±1,40)	0,203
Questionam dificuldades para tomar a terapia antirretroviral	1,84 (±1,42)	2,04 (±1,55)	1,38 (±0,97)	0,077
Observam a ingestão da terapia antirretroviral	1,07 (±0,47)	1,02 (±0,15)	1,19 (±0,81)	0,657
Solicitam embalagens vazias da terapia antirretroviral	1,06 (±0,42)	1,07 (±0,44)	1,05 (±0,38)	0,705
Questionam o modo como está tomando a terapia antirretroviral	2,03 (±1,50)	2,26 (±1,65)	1,52 (±0,93)	0,143
Questionam o modo como está armazenada a terapia antirretroviral	1,12 (±0,62)	1,17 (±0,71)	1,00 (±0,32)	0,358

\bar{x} - média; dp - desvio-padrão; TARV – terapia antirretroviral

*Valor de p para o teste Mann Whitney; Informação em negrito significa valor menor que 0,05.

*Escala de resposta invertida, sendo que 1 equivale a sempre e 5 nunca.

Discussão

Em relação ao perfil sociodemográfico dos apenados houve predomínio de homens, adultos, em idade economicamente ativa, não brancos, solteiros, com baixa escolaridade. Esses achados mantêm semelhança com o perfil da população carcerária geral do Brasil e de outros países, como EUA e Portugal.^(14,15)

Ao considerar a associação entre as variáveis do perfil sociodemográfico dos apenados deste estudo com a adesão a TARV, apenas o sexo feminino apresentou associação significativa. Tal resultado pode relacionar-se à manutenção no sistema carcerário

das relações de gênero que determinam desigualdades na construção dos papéis sociais e nos modos de ser e viver de homens e mulheres, produzindo percepções distintas sobre o processo de saúde e doença e na concretude das práticas do autocuidado. Além disso, historicamente, o campo das políticas e práticas em saúde voltou-se para o acolhimento das demandas e para o cuidado dos corpos femininos, especialmente no campo da reprodução, alocando os homens à margem deste cuidado.⁽¹⁶⁾

Com relação à inserção no trabalho, o qual tem finalidade educativa e produtiva dos detentos, mais de um terço dos participantes afirmaram realizar alguma atividade laboral dentro da unidade prisional, remunerada ou não. O trabalho tem um impacto positivo na reintegração e na reinserção à sociedade, uma vez que confere redução penal, abreviando, a cada três dias de trabalho, um dia da pena.⁽¹⁷⁾

Apesar dessa possibilidade concreta de acesso ao trabalho no contexto prisional, no ano de 2016, apenas 15% dos apenados no Brasil e 13% no estado de São Paulo exerciam alguma atividade laboral, interna ou externa ao estabelecimento prisional,⁽⁹⁾ denotando a debilidade do sistema em garantir o direito à reintegração e ressocialização do apenado, posto que o trabalho pode ser a primeira etapa deste processo.

A despeito das debilidades estruturais já elencadas dos estabelecimentos prisionais brasileiros, neste estudo importante parcela dos entrevistados afirmou acesso ao diagnóstico para o HIV no cárcere. Tal acesso se dá especialmente na entrevista de inclusão dos detentos ao sistema prisional, bem como em campanhas específicas (Fique Sabendo), por demanda espontânea e diante do diagnóstico de outras condições como tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros. Nesse sentido, há que se destacar a potencialidade do sistema carcerário para ações que envolvam o manejo da infecção pelo HIV, caracterizando-se como um importante ponto de atenção à saúde para o diagnóstico e acesso ao cuidado das pessoas que vivem com o HIV.

Ainda em relação ao diagnóstico, a maioria dos sujeitos entrevistados possui diagnóstico pela infecção do HIV há mais de 10 anos, fato que pode aumentar a complexidade do cuidado, pela sobreposi-

ção de vulnerabilidades e acúmulo de comorbidades ao longo dos anos pela própria dinâmica do vírus no organismo, pelos hábitos de vida das pessoas que vivem com HIV e pelo uso prolongado da TARV.⁽³⁾

Sendo assim, na perspectiva do MACC, torna-se essencial que as equipes de saúde prisionais busquem garantir o rastreamento permanente de comorbidades relacionadas à evolução da doença, promovendo também o acesso ao tratamento médico especializado⁽¹²⁾ e à TARV, ofertando ações baseadas no autocuidado apoiado, que almejem a prevenção dessas comorbidades, o monitoramento sistemático da terapêutica e das condições clínicas, identificando alterações no estado geral de saúde em momento oportuno, com priorização de retornos médicos quando necessário. Isso é posto uma vez que grande parte dos participantes afirmou a presença de condições de saúde além do HIV, uso de outros medicamentos além da TARV, e histórico de uso de drogas, elementos estes que aumentam a complexidade do cuidado e podem refletir em uma baixa adesão ao tratamento.

Tais achados reforçam a necessidade de integração de informações clínicas e terapêuticas relacionadas aos indivíduos encarcerados infectados pelo HIV encarcerados, bem como de estratégias singulares de acompanhamento dos casos para o suporte terapêutico, sensibilizando e preparando os mesmos para a realização de tratamentos concomitantes e para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Isso também é necessário em função da parcela significativa dos participantes que, embora estivesse em acompanhamento médico, tinham histórico de interrupção no tratamento para o HIV alguma vez na vida, que pode contribuir para a instabilidade da doença e respectiva agudização das condições clínicas e de saúde, além da manutenção da cadeia de transmissão do vírus.

No presente estudo, a interrupção do acompanhamento médico apresentou associação estatisticamente significativa com a falta de adesão a TARV, mostrando que o abandono ao tratamento não se limita apenas à ingestão medicamentosa.⁽¹⁸⁾ Segundo alguns relatos identificados no momento da entrevista, uma das possíveis explicações acerca da dificuldade de realização do acompanhamento

médico refere-se à não disponibilidade de viatura e escolta para a condução ao serviço de saúde especializado, uma vez que as demandas judiciais têm prioridade no uso dos recursos. Ainda nesse aspecto, há que se fortalecer o vínculo entre os profissionais e as PVHA, promovendo o acompanhamento e o monitoramento clínico e medicamentoso e, conseqüentemente, a adesão terapêutica.⁽¹⁹⁾ Há até mesmo que se reforçar a importância da adesão ao tratamento através de estratégias de monitoramento mais intensivas e inclusivas, capaz de instrumentalizar os sujeitos para o autocuidado compartilhado e apoiado pela equipe.

A formação de um ambiente terapêutico favorável ao manejo do HIV pode promover resultados de saúde satisfatórios, os quais são fundamentais para atingir a supressão viral, a imunocompetência dos sujeitos e, deste modo, a imposição de barreiras à transmissão do vírus.⁽⁴⁾ Considerando o árduo caminho para o alcance das metas da UNAIDS para o fim da epidemia, há que se destacar que parte dos participantes ainda não haviam atingido a supressão viral. Tal fato pode relacionar-se ao acesso à TARV, sem episódios de atrasos na entrega do medicamento, e à tomada do medicamento, embora, algumas vezes de forma equivocada.

Em relação à regularidade no processo de dispensação da TARV, este procedimento tem o agente penitenciário como figura chave, o qual, juntamente com a equipe de enfermagem, tem importante papel no estímulo e monitoramento da adesão ao tratamento em suas distintas dimensões, enfocando não apenas a questão medicamentosa, mas o comparecimento às consultas e a realização dos exames em coerência com as condutas médicas. O agente penitenciário tem consolidado seu papel como aliado estratégico no controle da TB no âmbito prisional,⁽²⁰⁾ podendo também o ser para o tratamento da infecção pelo HIV, uma vez que é o profissional que tem mais contato com os detentos e que muitas vezes estabelece o vínculo entre estes e as equipes de saúde, necessitando ser incorporado nas capacitações em prol de melhores resultados, adesão e cuidados em saúde.

Mesmo assim, torna-se urgente a organização e oferta de um cuidado baseado em estratégias singulares para acompanhamento dos apenados com carga

viral detectável e/ou com instabilidade clínica como o monitoramento do uso da TARV, que foi considerada regular e/ou insatisfatórias, a estratificação de risco e um cuidado apoiado de forma a alcançarem a estabilização da infecção, uma vez que um descompasso clínico pode tornar os sujeitos vulneráveis a doenças de alta incidência no sistema prisional, como a tuberculose,⁽²¹⁾ além de resultar em desfechos desfavoráveis como a internação hospitalar e óbito.

Identificou-se que o atraso na entrega dos medicamentos ocorreu com maior frequência no grupo caracterizado pelo uso irregular da TARV, sendo que tal atraso pode ocorrer em dois momentos: no fluxo de aquisição e chegada dos medicamentos na unidade, uma vez que são dispensados pelas unidades de saúde de referência ao agente de segurança penitenciário; na entrega dos mesmos aos indivíduos encarcerados em tratamento. Também é preocupante o grande número de participantes que afirmou nunca ou quase nunca obterem informações sobre os resultados dos exames de TCD4+ e carga viral, sendo que estes também não constavam nos prontuários de saúde prisionais. Tal aspecto é um reflexo da deficiência na integração entre os profissionais dos serviços de referência e das unidades prisionais, podendo ocasionar dificuldade na priorização dos pacientes a serem monitorados quanto ao uso da TARV. Essa fragilidade dificulta também a coordenação e continuidade do cuidado, devendo valorizar o registro e o compartilhamento das informações que versam sobre as condições de saúde dos indivíduos.⁽²²⁾

Tais achados permitem refletir acerca das debilidades que podem incidir na integralidade da assistência em saúde prestada às PVHA no âmbito prisional, reforçando a necessidade de estratégias de intervenção para acompanhamento e monitoramento terapêutico, principalmente pela existência de casos com comprometimento imunológico e carga viral detectável. Considerando que elementos do processo de trabalho podem influenciar a adesão ao tratamento, é importante ressaltar que todas as unidades prisionais contavam com equipes de saúde incompletas, sendo que três delas não dispunham de médicos, requerendo a complementaridade de atendimento em unidades de saúde extramuros. Há ainda que se pensar no descompasso entre a superlo-

tação das unidades prisionais e as múltiplas e complexas necessidades de saúde das PVHA em relação à capacidade institucional das unidades de saúde prisionais, com evidente sobrecarga e dificuldades de organização do trabalho no âmbito carcerário.

Conclusão

O uso regular da TARV teve associação estatisticamente significativa com o sexo feminino e o uso irregular foi associado à interrupção do acompanhamento médico e história de uso de drogas lícitas antes do encarceramento. Identificou-se que o atraso na entrega dos medicamentos ocorreu com maior frequência no grupo caracterizado pelo uso irregular da TARV. Destaca-se a necessidade de empenho das equipes de saúde prisionais na condução de ações voltadas para o monitoramento da regularidade do uso TARV na lógica da cascata do cuidado, apoiando os sujeitos para a retenção do cuidado e resultando na melhoria clínica e supressão viral. Além disso, ressalta-se a importância da articulação entre as equipes das unidades prisionais e dos demais serviços que compõem a rede de atenção, seja para assistência, gestão, vigilância, fluxo de exames e medicamentos, além da dualidade saúde X segurança que, nesse contexto, não pode se sobrepor, mas sim serem complementares.

Agradecimentos

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Processo: 165421/2015-0 – Bolsa Mestrado concedida a Glaucia Morandim Ravanholi. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Processo: 2015/22312-0 – Modalidade auxílio regular à pesquisa.

Colaborações

Ravanholi GM, Catoia EA, Andrade RLP, Lopes LM, Brunello MEF, Bollela VR, Nemes MIB e Monroe AA declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos da-

dos, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Levi J, Raymond A, Pozniak A, Vernazza P, Kohler P, Hill A. Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. *BMJ Glob Health*. 2016;1(2):e000010.
2. Wilton J, Liu J, Sullivan A, Rachlis B, Marchand-Austin A, Giles M, et al.; Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative. Trends in HIV care cascade engagement among diagnosed people living with HIV in Ontario, Canada: A retrospective, population-based cohort study. *PLoS One*. 2019;14(1):e0210096.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets: global AIDS update, 2017. Geneva: UNAIDS; 2017 [cited 2018 Dec 18]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/aids, v. 49, nº 53 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2018 Dez 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/aids, ano III, n. 1 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2018 Dez 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/73>
6. Shrestha G, Mulmi R, Yadav DK, Baral D, Yadav BK, Chakravartty A, et al. Health needs and risky behaviours among inmates in the largest prison of eastern Nepal. *Int J Prison Health*. 2018;14(4):254–67.
7. Reekie JM, Levy MH, Richards AH, Wake CJ, Siddall DA, Beasley HM, et al. Trends in HIV, hepatitis B and hepatitis C prevalence among Australian prisoners - 2004, 2007, 2010. *Med J Aust*. 2014;200(5):277–80.
8. Ramezani A, Amirmoezi R, Volk JE, Aghakhani A, Zarinfar N, McFarland W, et al. HCV, HBV, and HIV seroprevalence, coinfections, and related behaviors among male injection drug users in Arak, Iran. *AIDS Care*. 2014;26(9):1122–6.
9. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias. InfoPen: levantamento nacional de informações penitenciárias – atualização junho de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017 [citado 2018 Dez 18]. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf
10. Shalihu N, Pretorius L, van Dyk A, Vander Stoep A, Hagopian A. Namibian prisoners describe barriers to HIV antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*. 2014;26(8):968–75.
11. Meyer JP, Cepeda J, Wu J, Trestman RL, Altice FL, Springer SA. Optimization of human immunodeficiency virus treatment during incarceration: viral suppression at the prison gate. *JAMA Intern Med*. 2014;174(5):721–9.
12. Mendes EV. The care for chronic conditions in Primary Health Care [editorial]. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018; 31(2):1-3.
13. Sousa AI, Pinto VL, Sousa AI, Pinto VL. Análise espacial e temporal dos casos de aids no Brasil em 1996-2011: áreas de risco aumentado ao longo do tempo. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(3):467–76.

14. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016;388(10049):1089–102.
15. Nogueira A, Teixeira C, Ferreira C, Ferreira S, Pinto T, Ribeiro T. [Time-trends in human immunodeficiency virus infection in Portugal: 1984-2013]. *Arq Med*. 2015;29(6):148–52. Portuguese.
16. Botton A, Cunico SD, Strey MN. [Gender differences in the access to health services: necessary problematization. *Mudanças Psicol Saúde*. 2017;25(1):67–72. Portuguese.
17. Sliva SM, Samimi C. Social work and prison labor: a restorative model. *Soc Work*. 2018;63(2):153–60.
18. Menezes EG, Santos SR, Melo GZ, Torrente G, Pinto AS, Goiabeira YN. Factors associated with non-compliance with antiretrovirals in HIV/AIDS patients. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):299–304.
19. Madruga LG, Silva GV, Alves VA, Velarde LG, Azeredo TB, Setúbal S, et al. [Aspects related to the use of antiretrovirals in high complexity patients in the state of Rio de Janeiro]. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3649–62. Portuguese.
20. Colombelli F, Zilly A, Silva-Sobrinho RA. Agentes penitenciários: a escassez de pesquisas com esses aliados estratégicos no controle da tuberculose nas penitenciárias. *Rev Cient FASF Faculdade Sul Fluminense*. 2018;3(2):689–700.
21. Barbosa ML, Celino SD, Oliveira LV, Pedraza DF, Costa GM. Primary health care of convicts in the penitentiary system: subsidies for nursing performance. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):586–92.
22. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015. [citado 2018 Dez 18], Disponível <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>