



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO**

DANIELLA MENDES PINHEIRO

**PREVALÊNCIA DO ANTI-HCV E FATORES ASSOCIADOS EM DETENTOS DAS
PENITENCIÁRIAS DO PIAUÍ**

**TERESINA
2016**

DANIELLA MENDES PINHEIRO

**PREVALÊNCIA DO ANTI-HCV E FATORES ASSOCIADOS EM DETENTOS DAS
PENITENCIÁRIAS DO PIAUÍ**

Relatório Final de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo.

Linha de pesquisa: Políticas e práticas sócio-educativas em Enfermagem.

**TERESINA
2016**

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

P645p Pinheiro, Daniella Mendes.
Prevalência do anti-HCV e fatores associados em detentos das penitenciárias do Piauí / Daniella Mendes Pinheiro. -- Teresina, 2016.
81 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telma Maria Evangelista de Araújo..
Bibliografia

1. Hepatite C. 2. Hepatite C - Detentos. 3. Saúde pública. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 616.3623

DANIELLA MENDES PINHEIRO

**PREVALÊNCIA DO ANTI-HCV E FATORES ASSOCIADOS EM DETENTOS DAS
PENITENCIÁRIAS DO PIAUÍ**

Relatório Final de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora – Prof^ª Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo
Universidade Federal do Piauí – UFPI

1^a Examinadora – Prof^ª Dra Liberata Campos Coimbra
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

2^a Examinadora – Prof^ª Dra Elaine Maria Leite Rangel Andrade
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Suplente – Prof^ª Dra Rosilane de Lima Brito Magalhães
Universidade Federal do Piauí – UFPI

A Deus, por não ter me dado espírito de covardia, discórdia e medo, mas, de poder, amor e coragem para enfrentar os desafios que me foram oferecidos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dr.^a Telma Maria Evangelista de Araújo, pelos seus ensinamentos e pela oportunidade de conquistar este objetivo sob sua orientação, sua dedicação à pesquisa no estado é um exemplo a ser seguido.

Aos meus pais, José Edimar Pinheiro e Maria Selene Mendes Pinheiro, por acreditarem no meu potencial e não medirem esforços para a conquista dos meus sonhos.

Ao meu irmão, Danilo Mendes Pinheiro, assim como todos os meus familiares, pelo apoio e incentivo.

Ao Emmanuel Carvalho Fonseca, pelo amor e compreensão nos momentos difíceis.

À Universidade Federal do Piauí, instituição que sempre me orgulhou e acolheu desde a graduação em Enfermagem.

À coordenação da Pós-Graduação, Mestrado e Doutorado em Enfermagem, Prof^a Dra. Livramento Fortes Figueiredo e Dra. Elaine Maria Leite Rangel Andrade, pelo trabalho incansável em prol da qualificação dos Enfermeiros.

À banca examinadora: Dra. Liberata Campos Coimbra, Dra. Elaine Leite Rangel Andrade e Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães, pelas contribuições valiosas, enriquecendo a conclusão da dissertação.

Aos professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, pela aprendizagem.

Ao Ministério da Saúde/Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI), pelo apoio através do financiamento desta pesquisa.

Ao professor Jesusmar Ximenes Andrade, pelos ensinamentos em estatística e por ter colaborado nas análises dos dados.

Aos colegas da 8^a turma, pela amizade, dedicação e compromisso com o Programa do Mestrado.

À Karinna Alves Amorim de Sousa e Andréia Alves de Sena Silva, pela dedicação ao projeto, ajuda nos momentos de dúvidas e empenho na coleta de dados, assim como todas as pessoas que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização do trabalho.

À Secretaria de Justiça, pela aprovação do projeto junto à SESAPI e pela segurança oferecida durante a coleta de dados.

Aos amigos do Colégio Técnico de Teresina (CTT), especialmente ao professor Francisco de Assis Sinimbu Neto, ao diretor José Bento de Carvalho e às companheiras do dia a dia, Nayra da Costa e Silva Rego, Malvina Thais Pacheco Rodrigues, Rita de Cássia Magalhães Mendonça e Conceição de Maria Franco (Concita), pelo total apoio na conquista desse sonho e pela torcida permanente.

Aos colegas de trabalho do Hospital Universitário da UFPI, além dos tutores e demais coordenadores da Rede e-TEC Brasil, pelo incentivo e apoio.

A todos os presidiários que aceitaram participar do estudo.

A todos os agentes penitenciários e à equipe de coleta de dados pela colaboração e concretização deste trabalho.

Muito obrigada!!

RESUMO

PINHEIRO, D. M. Prevalência do Anti-HCV e Fatores Associados em Detentos das Penitenciárias do Piauí. 2016. [Dissertação]. Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado e Doutorado; 2016.

INTRODUÇÃO: A hepatite C representa um problema para a saúde pública mundial devido à sua gravidade e elevada taxa de cronicidade, podendo evoluir para doença hepática crônica, cirrose e até mesmo hepatocarcinoma, caracterizando-se como a maior causadora de óbitos entre todas as hepatites. Os internos tendem a importar para a prisão o padrão de comportamentos que tinham no exterior do presídio e isso os torna mais expostos ao risco de contrair doenças infectocontagiosas. **OBJETIVO:** Investigar a prevalência de hepatite C e fatores associados em detentos das penitenciárias do Piauí. **METODOLOGIA:** Trata-se de pesquisa epidemiológica do tipo transversal, inserida em um macrojeto, denominado: Prevalência de DST e fatores associados em internos do sistema prisional do Piauí. O estudo foi desenvolvido nas doze unidades prisionais do estado. A coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro/2013 a maio/2014, por meio de entrevista com a utilização de formulário pré-testado e realização de testes rápidos para identificação seletiva de anti-HCV em amostras de sangue total. Os dados foram digitados e analisados com a utilização do *software SPSS* versão 19.0. Foram realizadas análises bivariadas, por meio do teste de Regressão Logística Simples (odds não-ajustado) e as variáveis, que apresentaram valor de $p \leq 0,05$, foram submetidas ao modelo multivariado de regressão logística (odds ajustado). O estudo respeitou o sigilo das informações e os preceitos éticos da Resolução 466/12. **RESULTADOS:** Dentre os 2.131 presidiários que participaram do estudo, a maioria era do sexo masculino (92,8%), encontravam-se na faixa etária de 23 a 32 anos (48,6%), pardos (61,6%), solteiros, separados ou viúvos (58%), tinham o ensino fundamental incompleto (63%) e apresentaram renda familiar de até um salário mínimo (69,6%). Sobre o padrão de uso de álcool e outras drogas, 78,7% afirmaram usar bebida alcoólica, sendo a cerveja o tipo mais frequente (91,2%), 57,6% fizeram uso de algum tipo de droga ilícita e desse total 58,6% relataram utilizá-la diariamente. Quanto aos fatores de risco para infecção, 2,5% fizeram transfusão de sangue antes de 1993, 55% compartilham material perfurocortante, 60,4% têm tatuagem, 13,9% fazem uso de *piercing* e 1% fizeram uso de seringa de vidro. Constatou-se os comportamentos sexuais de risco e o baixo nível de informações que os internos têm sobre a hepatite C. A prevalência de positividade ao Anti HCV foi de 0,3%, sendo, no modelo bivariado estatisticamente associada com as variáveis: cor da pele, idade, anos de estudo, uso de drogas ilícitas, transfusão de sangue antes de 1993, uso de seringa de vidro, relação sexual com pessoas do mesmo sexo, seleção do parceiro de confiança, uso de bebidas alcoólicas antes da relação, sexo vaginal e as informações sobre as formas de transmissão da hepatite C. A variável transfusão de sangue antes de 1993 foi a única que se manteve associada no modelo de regressão logística múltipla. **CONCLUSÃO:** Os resultados evidenciam que os internos apresentaram comportamentos de risco relacionados à infecção pela hepatite C, entretanto o estudo identificou uma prevalência inferior à estimativa encontrada na população geral e mundial. É relevante o investimento de ações de educação em saúde no ambiente prisional e o fortalecimento de ações de vigilância em saúde.

Descritores: Hepatite C, Fatores de risco, Prisões, Enfermagem.

ABSTRACT

PINHEIRO, D. M. Prevalence of Anti-HCV and Associated Factors in Inmates from Prisons in Piauí. 2016. [Dissertação]. Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado e Doutorado; 2016.

INTRODUCTION: Hepatitis C is a problem for global public health due to its severity and high chronicity rate, it also can progress to chronic liver disease, cirrhosis and even hepatocellular carcinoma, characterized as the leading cause of death among all hepatitis. Inmates tend to import to prison the pattern of behaviors they had outside and this puts them more at risk of contracting infectious diseases. **OBJECTIVE:** To investigate the prevalence of hepatitis C and associated factors among inmates in Piauí prisons. **METHODOLOGY:** It is a cross-sectional epidemiological research, inserted in a macroproject called: Prevalence of STD and associated factors in inmates from the prison system of Piauí. The study was conducted in the twelve prison units of the state. Data collection was performed from December/2013 to May/2014, through interviews with the use of pre-tested forms and rapid tests for selective identification of anti-HCV in whole blood samples. Data were entered and analyzed using the SPSS software version 19.0. Bivariate analyzes were performed by means of simple logistic regression test (unadjusted odds) and the variables that showed $p < 0.05$ were subjected to multivariate logistic regression model (adjusted odds). The study respected the confidentiality of information and the ethical principles of Resolution 466/12. **RESULTS:** Among the 2,131 prisoners who participated in the study, most were male (92.8%), in the age group 23-32 years (48.6%), brown (61.6%), single, separated or widowed (58%), had incomplete primary education (63%) and had family income of up to one minimum wage (69.6%). On the pattern of use of alcohol and other drugs, 78.7% reported using alcohol, beer being the most frequent type (91.2%), 57.6% reported using some type of illicit drug and out of this total 58.6% reported using it daily. As for risk factors for infection, 2.5% had a blood transfusion before 1993, 55% share sharps, 60.4% have a tattoo, 13.9% use piercing and 1% used glass syringe. Sexual risk behavior and low level of information that the inmates have about hepatitis C were verified. The prevalence of positive anti HCV was 0.3%, being statistically associated in the bivariate model with variables: skin color, age, years of study, illicit drug use, blood transfusion before 1993, glass syringe use, sexual intercourse with persons of the same sex, trusted partner selection, use of alcoholic beverages before intercourse, vaginal sex and the information on the forms of transmission of hepatitis C. The variable blood transfusion before 1993 was the only one who remained associated to the multiple logistic regression model. **CONCLUSION:** The results show that inmates presented risk behaviors related to infection by hepatitis C. However, the study found a lower prevalence estimate than the one found in the general population and worldwide. It is worth investing in health education activities in the prison environment and the strengthening of health surveillance actions.

Descriptors: Hepatitis C, risk factors, Prisons, Nursing.

RESUMEN

PINHEIRO, D. M. Prevalencia de Anti-VHC y factores asociados entre los reclusos de las cárceles de Piauí. 2016. [Dissertação]. Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado e Doutorado; 2016.

INTRODUCCIÓN: La hepatitis C es un problema para la salud pública mundial debido a su gravedad y el alto índice de cronicidad, teniendo La posibilidad de evolucionar a una enfermedad hepática crónica, cirrosis e incluso hepatocarcinoma, que se caracteriza como la causa principal de mortalidad entre todas las hepatitis. Los internos suelen importar para la cárcel el patrón de comportamientos que tenían fuera de la prisión y esto les hace más expuestos al riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas. **OBJETIVO:** Investigar la prevalencia de hepatitis C y factores asociados entre los reclusos de las cárceles de Piauí. **METODOLOGÍA:** Se trata de una investigación epidemiológica transversal, que se inserta en un macroproyecto denominado: Prevalencia de ETS y factores asociados en internos del sistema penitenciario de Piauí. El estudio se realizó en las doce cárceles del estado. La recogida de datos se realizó en los meses de diciembre/2013 a mayo/2014, a través de entrevista con el uso de formulario de pre-prueba y la realización de pruebas rápidas para la identificación selectiva de anti-VHC en muestras de sangre total. Los datos fueron introducidos y analizados utilizando el software SPSS versión 19.0. Análisis bivariados se realizaron mediante a la prueba de Regresión Logística Simple (odds no ajustado) y las variables que presentaron $p < 0,05$ fueron sometidas al multivariado de regresión logística (odds ajustado). El estudio ha respetado la confidencialidad de las informaciones y los principios éticos de la Resolución 466/12. **RESULTADOS:** Entre los 2.131 presos que participaron del estudio, la mayoría eran hombres (92,8%) se encontraban en la franja etaria de 23 a 32 años (48,6%), pardos (61,6%), solteros, separados o viudos (58%), tenían educación primaria incompleta (63%) y tenían un ingreso familiar de hasta un salario mínimo (69,6%). Acerca del patrón de consumo de alcohol y otras drogas, (78,7%) reportaron el uso de alcohol, siendo que la cerveza es el tipo más frecuente (91,2%) (57,6%) reportaron hacer uso de algún tipo de droga ilícita y de este total 58,6% informó el uso diario. Cuanto a los los factores de riesgo para infección, 2,5% había hecho una transfusión de sangre antes de 1993, 55% comparte material cortopunzante, 60,4% tiene un tatuaje, 13,9% utiliza piercing y 1% hizo uso de jeringa de vidrio. Se encontró los comportamientos sexuales de riesgo y el bajo nivel de informaciones que los internos tienen acerca de la hepatitis C. La prevalencia de positividad ante al anti-VHC fue de 0,3%, siendo, en el modelo bivariado estadísticamente asociado con las variables: color de piel, edad, años de estudio, el uso de drogas ilícitas, transfusión de sangre antes de 1993, el uso de la jeringa vidrio, las relaciones sexuales con personas del mismo sexo, la selección de un compañero de confianza, uso de bebidas alcohólicas antes de las relaciones, el sexo vaginal y las informaciones sobre los modos de transmisión de la hepatitis C. La variable transfusión de sangre antes de 1993 fue la única que se mantuvo asociada en el modelo de regresión logística múltiple. **CONCLUSIÓN:** Los resultados demuestran que los internos presentan comportamientos de riesgo relacionados con

la infección por hepatitis C, sin embargo el estudio encontró una prevalencia inferior a la estimativa encontrada en la población general y mundial. Así que, merece la pena invertir en actividades de educación para la salud en el ambiente prisional y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia sanitaria.

Descriptores: Hepatitis C, Factores de riesgo, Prisiones, Enfermería.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ALT – Alanina Aminotransferase

Anti-HCV – Anticorpos contra o Vírus da Hepatite C

Anti-HIV – Anticorpos contra o Vírus da Imunodeficiência Humana

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BOC – Boceprevir

CAPS ad – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CDC – Centro para Controle e Prevenção de Doenças

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ELISA – Teste Imunoenzimático

FAPEPI – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí

FIV – Variance- inflationfactor

HBV – Vírus da Hepatite B

HCV – Vírus da Hepatite C

HIV – Vírus da Imundeficiência Adquirida

HPV – Papiloma vírus humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

IP – Inibidores da protease

MS – Ministério da Saúde

OR – Odds ratio

ORa – Odds ratio ajustado

PCR – Reação em Cadeia da Polimerase

PEG – Interferon peguilado

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNHV – Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais

RBV – Ribavarina

RNA – Ácido Ribonucleico

RNA-HCV– RNA Viral da Hepatite C

RVS – Resposta virológica sustentada

SEJUS – Secretaria Estadual de Justiça

SESAPI – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí

SIAPEN – Sistema Integrado de Administração do Sistema Penitenciário

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

SUS – Sistema Único de Saúde

TGP – Transaminase Glutâmica Pirúvica

TVR – Telaprevir

UDI – Usuários de Droga Injetável

UDNI – Usuários de Drogas Não Injetáveis

UFPI – Universidade Federal do Piauí

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sócio-demográfica e econômica da população do estudo. Teresina/PI, 2015.	43
Tabela 2	Distribuição dos detentos investigados segundo o uso de álcool e outras drogas. Teresina/PI, 2015.	45
Tabela 3	Informações da população do estudo sobre hepatite C e DST já adquiridas. Teresina/PI, 2015.	46
Tabela 4	Prevalência de positividade do Anti-HCV na população do estudo. Teresina/PI, 2015.	47
Tabela 5	Associação de dados sociodemográficos e prevalência de positividade do Anti-HCV. Teresina/PI, 2015.	47
Tabela 6	Associação das variáveis relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e prevalência de positividade do Anti-HCV. Teresina/PI, 2015.	48
Tabela 7	Associação de variáveis relacionadas à exposição parenteral e a prevalência de positividade do Anti-HCV. Teresina/PI, 2015.	48
Tabela 8	Associação da prevalência de positividade do Anti-HCV e as variáveis relacionadas à prática sexual. Teresina/PI, 2015.	49
Tabela 9	Associação de variáveis relacionadas à informação sobre DSTs e a Hepatite C. Teresina/PI, 2015.	50
Tabela 10	Regressão logística múltipla dos fatores relacionados à prevalência de positividade do Anti-HCV nos internos dos presídios do estudo. Teresina/PI, 2015.	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Objetivos.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Aspectos epidemiológicos da Hepatite C.....	18
2.2 Modos de transmissão.....	21
2.3 Diagnóstico e Tratamento.....	25
2.4 Medidas preventivas e de controle.....	29
2.5 Sistema penitenciário no contexto das DST's.....	31
2.6 Assistência de enfermagem às DST's no sistema prisional.....	34
3 METODOLOGIA.....	36
3.1 Tipo de estudo.....	36
3.2 Local do estudo.....	36
3.3 População do estudo.....	37
3.4 Variáveis do estudo.....	38
3.5 Coleta dos dados.....	39
3.6 Análise dos dados.....	41
3.7 Aspectos éticos.....	42
4 RESULTADOS.....	43
5 DISCUSSÃO.....	52
6 CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES	
A – Instrumento usado para coleta de dados.....	72
B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75
ANEXO	
A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	77

1 INTRODUÇÃO

A hepatite C vem sendo reconhecida como uma das principais causas da doença hepática crônica em todo o mundo, constituindo-se em grave problema de saúde pública. A história natural do vírus é marcada por sua evolução silenciosa, de diagnóstico difícil devido seu longo curso assintomático anos após a infecção (MANDELL; BENNETT; DOLIN, 2010). A complexidade e a incerteza relacionada à distribuição geográfica da infecção da hepatite C, determinação dos fatores de risco associados e avaliação de co-fatores que aceleram a sua progressão, ressaltam as dificuldades encontradas para a prevenção e controle do HCV.

Estima-se que existam entre 1,4 e 1,7 milhão de portadores no Brasil, segundo recente análise da história brasileira sobre a epidemiologia da hepatite C (LAVANCHY, 2011; BURATTINI, 2014). Nessa perspectiva, a busca da produção científica sobre a temática possibilitou identificar que algumas populações de risco, como a do sistema penitenciário, apresentam prevalências superiores quando comparadas à população em geral, conforme o estudo de Falquetto et al. (2013), realizado na cidade de Colatina, Espírito Santo, Brasil, fazendo comparação da prevalência e fatores de risco da hepatite C entre a população geral e os presos, 1.600 moradores e 730 prisioneiros. A prevalência de anticorpos anti-HCV positivo foi de 0,1% (2/1.600), na população em geral, e de 1,0% (7/730) entre os presos, o que confirma o elevado risco nesse grupo.

As hepatites virais são doenças infecciosas provocadas por diferentes agentes etiológicos (Vírus da Hepatite A, B, C, D, E), com tropismo primário pelo tecido hepático, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais também distintas, as quais são de notificação compulsória e têm na vigilância epidemiológica um instrumento com a capacidade de descrever o comportamento das mesmas, bem como identificar seus fatores de risco e permitir a adoção das medidas capazes de prevenção e controle adequadas. A notória importância das hepatites virais se deve pelo seu potencial de cronificação a médio e longo prazo e pela possibilidade de complicações das formas agudas, além de sua distribuição em larga escala ao redor do mundo (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2008a).

A hepatite C representa um dos maiores problemas para a saúde pública mundial devido à sua gravidade e elevada taxa de cronicidade, podendo evoluir para doença hepática crônica, cirrose e até mesmo hepatocarcinoma, caracterizando-se como a maior causadora de óbitos entre todos os tipos de hepatite (RODRIGUES NETO et al., 2012). Estima-se que o

HCV afeta mais de 185 milhões de pessoas em todos os continentes e que mais de 350 mil pessoas morrem a cada ano devido às doenças hepáticas relacionadas à hepatite C (BRASIL, 2015a; ROSA et al., 2012).

Para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, define-se como caso confirmado de hepatite C o indivíduo que preenche as condições de caso suspeito e que apresente anti-HCV reagente e HCV-RNA detectável. Segundo o estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C realizado entre 2005 e 2009, em todas as 26 capitais e no Distrito Federal, no que se refere à hepatite C, o resultado global da prevalência de positividade sorológica indicativa de exposição a essa infecção, na faixa etária entre 10 e 69 anos, foi de 1,38% (IC 95%= 1,12%-1,64%), o que corresponde a uma endemicidade baixa para esse agravo (BRASIL, 2012a). No Brasil, a estimativa de infecção pela hepatite C na população geral é baixa, entre 1,5% e 10% (ROSA et al., 2012).

O Brasil é um país de proporções continentais e, portanto, com grandes variações demográficas, sociais e culturais entre as diferentes regiões. Por esse motivo, os estudos que avaliam a prevalência do HCV no Brasil são escassos e pouco precisos, englobando, no geral, áreas geográficas restritas ou populações específicas. No estudo de Martins et al. (2011), analisou-se a prevalência da positividade do anti-HCV em doadores de sangue nos diferentes estados brasileiros e as maiores taxas de prevalência foram observadas nos Estados da região Norte (2,12%). A região Sul, por sua vez, mostrou baixa prevalência de positividade para o anti-HCV (0,65%). As regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste apresentaram taxas intermediárias (1,04%, 1,19% e 1,43%, respectivamente).

Apesar desses fatores que podem desencadear o aumento de casos subnotificados, o Piauí divulga a frequência desses dados por meio da SESAPI (Secretaria de Estado da Saúde do Piauí), sendo que em 2012 foram notificados no estado cerca de 400 casos de hepatites virais e desse total, 35 estavam infectados pelo HCV, sendo a prevalência de aproximadamente 1,2 casos a cada 100.000 habitantes. Sabe-se das falhas no preenchimento das fichas de notificação no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), além da dificuldade do diagnóstico das hepatites virais por se tratar de uma doença silenciosa na maioria dos casos. No boletim epidemiológico de 2015, o SINAN apresentou a ocorrência de casos de hepatite C no país entre 2004 e 2014, chamando atenção para o ano de 2013, com o aumento de aproximadamente 49% dos casos quando comparado ao referido período, merecendo melhor investigação por parte das vigilâncias estaduais (SESAPI, 2012; PIAUI, 2011; BRASIL, 2015a).

O HCV é transmitido, principalmente, pela via parenteral, através do compartilhamento de materiais contaminados com sangue (ROSA et al., 2012). Os principais fatores de risco para a infecção pelo HCV são a transfusão de hemoderivados de doadores não rastreados com anti-HCV antes de 1993, uso de drogas intravenosas, transplante de órgãos, hemodiálise, transmissão vertical, exposição sexual e ocupacional. Pela ausência de vacina ou profilaxia pós-exposição eficaz, o foco principal da prevenção está no reconhecimento e controle desses fatores de risco (MARTINS et al., 2011).

O reconhecimento do padrão de prevalência da hepatite C nas diferentes regiões pode permitir maior eficácia das medidas de detecção e de controle da infecção pelo HCV. Estudos justificam as diferentes vulnerabilidades à doença nos diversos segmentos da população (MARTINS et al., 2011). A prevalência das doenças infectocontagiosas nas prisões é significativamente superior àquela existente na comunidade, devido, sobretudo, ao comportamento dos reclusos e às condições de confinamento (ROSA et al., 2012).

A prisão é, então, considerada um lugar de alto risco, principalmente pela heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço, tais como traficantes, profissionais do sexo, estuproadores, entre outros. Esses indivíduos estão expostos a riscos físicos, psicológicos, transmissão de doenças infecciosas que tanto podem ser trazidas para dentro da prisão como serem adquiridas dentro dela. As precárias condições de confinamento, a desnutrição, a superlotação das celas, a marginalização social, a dependência de drogas ilícitas e o baixo nível socioeconômico são fatores que facilitam a elevada disseminação de doenças e agravos entre presidiários, como tuberculose, hepatite B, hepatite C, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Assim, o confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas, tanto pelos comportamentos sexuais inadequados quanto pelo uso de drogas (STRAZZA et al., 2007; GOIS et al., 2012).

Considerando tratar-se de uma doença silenciosa, para a qual inexistente vacina ou algum tipo de profilaxia pós-exposição, entende-se que o papel da enfermagem no rastreamento sorológico, por meio da realização dos testes rápidos, acompanhamento e aconselhamento da hepatite C é de suma importância. Nessa perspectiva, a detecção precoce da hepatite C, especialmente em população circunscrita, bem como a identificação dos fatores de risco associados pode modificar a sua realidade epidemiológica, com vistas à prevenção da cronificação da doença e a redução da sua mortalidade específica, reforça a importância deste estudo.

Essa necessidade foi identificada em estudos internacionais na Austrália (MILLER; BI; RYAN, 2009; TEUTSCH et al., 2010; SNOW et al., 2014; LUCIANI et al., 2014), Finlândia (VIITANEN et al., 2011), Catalúnia (MARCO et al., 2013), Escócia (TAYLOR et al., 2013), Inglaterra (KIRWAN et al., 2011), Croácia (BUREK et al., 2010) e também em pesquisas nacionais no Rio Grande do Sul (ROSA et al., 2012), Mato Grosso do Sul (POMPILIO et al., 2011), Goiás (BARROS et al., 2013), Espírito Santo (FALQUETTO et al., 2013), Minas Gerais (QUEIROZ et al., 2014), São Paulo (COELHO et al., 2009a) e Sergipe (SANTOS; SANTANA; FRANCA, 2011). Não obstante existam diversas unidades prisionais distribuídos no estado, há uma carência de estudos científicos estimando a prevalência das doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis nessa população específica, não foi encontrado nenhum estudo anterior relacionado à hepatite C nas unidades prisionais do Piauí.

Diante do exposto, o objeto do presente estudo é a prevalência de positividade do Anti-HCV e fatores associados em internos no sistema prisional do Piauí.

1.1 Objetivos

Geral:

- Analisar a prevalência de positividade do Anti-HCV e fatores associados em internos das penitenciárias do Piauí.

Específicos

- Caracterizar a população estudada quanto aos aspectos sociodemográficos, comportamentos de risco e informações sobre a hepatite C;
- Estimar a prevalência de positividade para o Anti-HCV em internos do sistema prisional do estado;
- Investigar a associação entre a prevalência de positividade do Anti-HCV e os dados sociodemográficos e fatores considerados de risco para a doença.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos epidemiológicos da Hepatite C

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, de distribuição universal, que têm em comum o hepatotropismo. Os vírus causadores das hepatites determinam uma ampla variedade de apresentações clínicas, de portador assintomático ou hepatite aguda ou crônica, até cirrose e carcinoma hepatocelular. As hepatites possuem semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentando diferenças epidemiológicas e no processo de evolução das mesmas (FERREIRA; SILVEIRA, 2004). Em todo o mundo, 27% dos casos de cirrose e 25% dos casos de carcinoma hepatocelular são atribuíveis ao vírus da hepatite C (PERZ et al., 2006).

O vírus da hepatite C foi identificado em 1989, RNA envelopado, de cadeia simples, com um diâmetro de cerca de 50 nm (WHO, 2002). É uma inflamação do fígado, causada pelo vírus HCV, o qual pertence à família *Flaviviridae*, gênero *Hepacavirus*. O seu genoma consiste de uma única cadeia de RNA com cerca de 9600 nucleotídeos. Existem 6 genótipos do HCV (do 1 ao 6) e muitos subtipos (a, b, c, etc.) e aproximadamente 100 cadeias diferentes, baseando-se na heterogeneidade de sequências do genoma do vírus. A frequência dos diversos genótipos varia de um país a outro. Os genótipos 1, 2 e 3 tem distribuição mundial, porém sua prevalência relativa varia de uma área geográfica para outra (LLANES et al., 2014). No Brasil, os genótipos 1, 2 e 3 foram identificados, sendo o primeiro mais frequente, e apresentando distribuições distintas em todo o país (POMPILIO et al., 2011).

A influência do genótipo viral na patogênese da doença hepática ainda é controversa. Fatores ambientais, genéticos, imunológicos podem contribuir para as diferenças na progressão da doença, mas a determinação do genótipo infectante é importante para a predição de resposta ao tratamento antiviral (WHO, 2002).

O início da doença é geralmente insidioso, apresentando como sintomas a anorexia, desconforto abdominal, náuseas, vômitos, febre, fadiga, progredindo para icterícia em cerca de 25% dos pacientes. O HCV não é transmitido pelo aleitamento materno, espirros, tosse, abraço, ao compartilhar talheres ou copos. Uma pessoa que tem HCV ainda pode obter outros tipos de hepatite, como a hepatite A e/ou B (WHO, 2002). As formas anictéricas correspondem a cerca de 70% dos casos, portanto, os indivíduos contaminados evoluem para

cronicidade apresentando-se assintomático, cerca de 85%. A progressão da doença hepática para cirrose pode estar relacionada a fatores como o sexo, a idade, o uso de álcool ou concomitância com outros vírus (STRAUSS, 2001).

Estima-se que cerca de 185 milhões de pessoas (3% da população mundial) estejam infectadas e que mais de 350 mil pessoas morrem a cada ano devido às doenças hepáticas relacionadas à hepatite C. Nas Américas a estimativa é de 1,7%. No Brasil a prevalência é de 1% a 2%, (ROSA et al., 2012; NOKHODIAN et al., 2012). A prevalência da positividade do HCV no mundo ocidental é estimada de 0,5 a 2%. Na prisão a prevalência é bem maior, 6,9-46%, devido à alta proporção de usuários de drogas (STROCK et al., 2009).

A Hepatite C possui distribuição universal, porém, sua prevalência pode variar de acordo com as características socioeconômicas e culturais de cada região. O vírus da hepatite C pode ser transmitido por contato direto, percutâneo ou através de sangue contaminado. Algumas populações de risco, como os usuários de drogas, pessoas que fazem hemodiálise, transplantados e as populações encarceradas apresentam prevalências superiores quando comparadas à população em geral, devido à maior exposição aos fatores de risco relacionados à Hepatite C (SÁ et al., 2013).

A vigilância epidemiológica das hepatites no Brasil utiliza o sistema de notificação compulsória dos casos suspeitos. A partir de 1996, as hepatites virais foram incluídas na Lista de Doenças de Notificação Compulsória no país. Desde então, a coleta de dados sobre a ocorrência dessas doenças passou a compor as ações de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2011a). Porém, existem casos subnotificados, pois as deficiências de notificação estão presentes em diferentes partes do sistema de saúde e podem ser causadas por várias razões, a saber: falta de implementação de um programa em nível municipal e estadual para prevenção e controle das hepatites, ausência de ambulatórios específicos para os cuidados dos portadores de hepatites virais e laboratórios para diagnóstico de marcadores sorológicos (ALVES et al., 2014).

Dados do boletim epidemiológico das hepatites virais revelam, entre 2005 e 2006, prevalência da hepatite C nas capitais da região Nordeste de 0,7%, na população com faixa etária entre 10 e 69 anos, evidenciando sua baixa endemicidade. No período de 1999 a 2011, foram notificados no SINAN, 82041 casos no Brasil, sendo 4131 casos confirmados no Nordeste durante esse período (BRASIL, 2012a). O boletim epidemiológico de 2015 revelou que entre 2004 e 2014 não houve alteração significativa no total de casos notificado por ano pelo SINAN, com exceção do ano de 2013 que apresentou um aumento em cerca de 49% dos casos notificados no período. As regiões Sudeste e Sul concentram 86% dos casos notificados

de hepatite C no Brasil, sendo a Região Sudeste responsável por 60% dos casos. Esses dados podem ser atribuídos aos problemas relacionados à notificação de casos nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2015a). No Piauí, segundo consolidados da SESAPI por meio do SINAN NET, no ano de 2014 foram notificados 38 casos de hepatite C e em 2015 foram notificados até o início de setembro, 40 casos (SESAPI, 2015).

Considerando a relevância das informações para o planejamento de estratégias de controle para as hepatites virais, o Ministério da Saúde lançou em 2010 um inquérito domiciliar nacional para identificar a prevalência das hepatites A, B e C, o tipo de exposição e fatores associados. A amostra compreendia sujeitos com faixa etária entre 10 e 69 anos. Para o diagnóstico foi utilizado o teste imunoenzimático para pesquisar o anticorpo contra o vírus das hepatites. Neste inquérito nacional foi identificada uma prevalência para Hepatite C de 1,38%. O resultado para o marcador de exposição ao HCV referente ao conjunto das capitais do Nordeste foi de 0,68%. O percentual de pessoas expostas ao HCV na faixa etária de 10 a 19 anos foi de 0,38% e de 0,97% para o grupo de 20 a 69 anos (BRASIL, 2010b).

A infecção pelo vírus da Hepatite C é atualmente um dos mais relevantes problemas de saúde pública, devido ao longo curso assintomático da doença, o que faz com que os sujeitos não identifiquem precocemente e, portanto, não procurem os serviços de saúde. Grande parte dos portadores da infecção pelo HCV desconhece seu diagnóstico, e poucos sabem como ocorreu a transmissão ou que existe tratamento para a doença. No Brasil, aproximadamente 10 mil casos são notificados a cada ano. Estima-se que 3% da população mundial esteja infectada pelo vírus e que entre 60% e 70% dos portadores desenvolverão doença hepática crônica, necessitando de assistência à saúde especializada e de alta complexidade (BRASIL, 2015b).

Fagundes et al., (2008) realizaram um inquérito de base populacional na cidade de Criciúma, localizada no sul de Santa Catarina, com amostra estimada de 300 adultos, considerando que a cidade conta com aproximadamente 180.000 habitantes, sendo que 457 participantes aceitaram participar da pesquisa para identificar o anti-HCV, mas apenas 312 responderam o questionário sobre os fatores de risco para o HCV. Foram detectados 10 indivíduos soropositivos para hepatite C, sete confirmados na PCR. Como a detecção de vírus é mais sensível e específica, utilizando o método de PCR, a prevalência de Hepatite C nesta população foi de 1,53%, apesar da soroprevalência de 2,2%.

A respeito do conhecimento sobre prevalência e fatores de risco para Hepatite C, são necessários mais estudos, pois persiste ainda um considerável grau de desconhecimento acerca desse tema na população em geral (FAGUNDES et al., 2008). Estudos acerca do

conhecimento da Hepatite C têm sido desenvolvidos constantemente desde a identificação do seu agente etiológico em 1989. É uma doença infecciosa de grande importância, devido a sua alta taxa de cronificação (80%) e apresenta-se assintomática em aproximadamente 95% dos casos. Soma-se a isso a inexistência de imunoprofilaxia preventiva e a dificuldade de resposta ao tratamento (SOUSA; CRUVINEL, 2008).

Os pacientes assintomáticos representam um reservatório natural da doença e uma potencial fonte de disseminação. Estima-se que o HCV é 10 vezes mais infeccioso que o HIV, por unidade de sangue, necessitando de uma menor exposição para alcançar alta prevalência. Aproximadamente 39% dos casos de infecção pelo HCV já teve história de prisão (SANTOS; SANTANA; FRANCA, 2011). A coinfeção com o vírus do HIV determina uma progressão mais rápida da doença hepática em indivíduos infectados pelo HCV, aumentando o risco de cirrose, como também a maiores taxas de viremia pelo HCV, já que as vias de transmissão são as mesmas (BRUM et al., 2014).

O período de incubação, o intervalo entre a exposição efetiva do hospedeiro suscetível a um agente biológico e o início dos sinais e sintomas clínicos da doença neste hospedeiro, varia de 15 a 150 dias (BRASIL, 2005). O curso da hepatite C aguda é variável, embora as elevações dos níveis de ALT (alanina aminotransferase) no soro representem sua principal característica. Os portadores de doença hepática crônica podem desenvolver cirrose, variando de 5 a 20% dos casos. O período de latência clínica entre a aquisição da infecção pelo HCV e o desenvolvimento da fase final da cirrose e hepatocarcinoma celular pode ocorrer em um período maior que 20 anos. Pacientes co-infectados com o vírus da hepatite B ou HIV têm um maior risco de desenvolver carcinoma hepatocelular do que os infectados apenas com um vírus. A ingestão de bebidas alcoólicas pode promover a progressão da doença (WHO, 2002).

2.2 Modos de transmissão

O estudo de Martins et al., (2011) aponta como principais fatores de risco para hepatite C: transfusão de sangue e hemoderivados de doadores não testados para anti-HCV; transplantes de órgãos de doadores infectados; uso de drogas injetáveis; terapias injetáveis com equipamento contaminado (ou não seguro); hemodiálise; exposição ocupacional ao sangue; transmissão vertical e transmissão sexual. Além disso, em decorrência da grande variedade de atividades humanas com potencial exposição ao sangue, existem diversos outros modelos biológicos possíveis de transmissão do HCV. Alguns exemplos incluem

procedimentos estéticos, culturais e religiosos como: tatuagem, *piercing*, serviços de barbearia, rituais de escarificação, circuncisão e acupuntura.

Segundo o Ministério da Saúde (2011a), as populações de risco para a infecção pela hepatite C, incluem pessoas que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas injetáveis, inaladas ou pipadas, que compartilham equipamentos contaminados como agulhas, seringas, canudos e cachimbos; pessoas que compartilham equipamentos não esterilizados ao frequentar pedicures, manicures e podólogos; pessoas submetidas a procedimentos para colocação de *piercing* e confecção de tatuagens; pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, odontológicos, de hemodiálise e de acupuntura sem as adequadas normas de biossegurança. Situações específicas como a privação de liberdade, o viver em situação de rua e os transtornos mentais graves são fatores de vulnerabilidade e também requerem abordagens específicas.

A transmissão do HCV ocorre por exposição percutânea ao sangue contaminado. Agulhas e seringas contaminados são os veículos mais importantes de disseminação, especialmente entre os usuários de drogas injetáveis (WHO, 2002). A determinação do risco de transmissão é influenciado pela infecciosidade do fluido orgânico e pela natureza dos tecidos expostos. Alguns fatores influenciam na transmissão do HCV, como a via, concentração de partículas virais e volume do material infectante (ZATTI; DAZZI, 2014).

Teixeira, Martins Filho e Oliveira (2005) destacam que o contato com o sangue contaminado representa um fator implicado na transmissão na hepatite C e enfatizam a existência de grupos de risco: os usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, indivíduos infectados pelo HIV, pacientes em hemodiálise, população encarcerada e acidentes ocupacionais.

O uso de drogas injetáveis é o modo dominante de transmissão do Vírus da Hepatite C (HCV) nos países desenvolvidos, sendo o compartilhamento de agulhas o principal fator de risco. Contudo, a infecção também pode ocorrer a partir dos materiais usados para preparar a droga. Nessa perspectiva, Sá et al., (2013) investigaram a soroprevalência da Hepatite C e fatores associados em usuários de *crack* dos CAPS AD do Estado do Piauí. Analisando os fatores preditores para infecção pelo HCV, houve predomínio de histórico de detenção e possuir tatuagem. Enquanto uma minoria realizou transfusão sanguínea, usa *piercing* e possui bolhas ou lesões na mucosa oral e nasal. Do total de 353 usuários, a prevalência do Anti-HCV foi de 05 (1,4%) e 04 (1,1%) para o HCV-RNA. O estudo verificou que a expressiva maioria dos usuários de *crack* já teve um episódio de detenção prisional. Shepard, Finelli e Alter (2005) afirmaram que a prevalência de infecção pelo HCV entre usuários de drogas injetáveis

a longo prazo é alta, 64% - 94%, entre aqueles que foram usuários durante o período mínimo de 6 anos.

Em relação ao risco de transmissão decorrente da realização de hemodiálise, considerando sua alta frequência nesses pacientes, foi realizado um estudo na cidade de Fortaleza, Ceará, totalizando 752 pacientes renais crônicos nas 12 clínicas de hemodiálise da cidade. O estudo apresentou a prevalência de anti-HCV de 52%, associando esse alto valor ao risco relacionado ao tempo de hemodiálise (OR=1,47), além dos fatores de transmissão nosocomial relacionados ao preparo prévio da heparina (OR=2,92), desinfecção de máquinas de diálise (OR=2,79), falha no uso ou troca de luvas (OR=5,73) (MEDEIROS et al., 2004).

Outro risco relacionado à transmissão de hepatite C são os acidentes ocupacionais. Os acidentes de trabalho ocorrem durante o exercício do trabalho e traz como consequência uma perturbação funcional ou lesão corporal, com perda ou redução da capacidade para o trabalho, de forma permanente ou temporária ou até mesmo a morte. Todo acidente laboral deve ser registrado na instância previdenciária competente. Esses acidentes acometem os trabalhadores hospitalares e as principais causas estão relacionadas aos acidentes com perfuro-cortantes e contato com materiais biológicos como o sangue. Os índices de infecção para a hepatite C têm sido estimados entre 0,4% e 1,5% nessa população de risco (SÊCCO et al., 2008).

Segundo Strauss (2001) qualquer material cortante ou perfurante pode ser veículo transmissor do vírus. Os acidentes ocupacionais são uma forma de transmissão frequente do HCV (em torno de 10%). Estudos de acidentes ocupacionais com agulhas entre trabalhadores da saúde têm revelado um risco muito baixo de soroconversão para o HCV, 0,6-0,7% (DOLAN et al., 2009).

Dentre as formas não parenterais de transmissão da hepatite C torna-se importante ressaltar a possibilidade da transmissão sexual. A maioria dos trabalhos mostra que as chances de transmissão são baixas ou quase nulas, oscilando entre 0% e 3%. A transmissão intradomiciliar é fortemente considerada e mencionada como fator de confusão quando se relaciona transmissão entre casais, pois se deve considerar que o compartilhamento de utensílios de higiene pessoal como lâmina de barbear, escova de dente, alicates de manicure e cortadores de unhas atuam como fator de risco importante para a transmissão do HCV dentro do domicílio (FAGUNDES et al., 2008).

O estudo de Schuelter-Trevisol et al., (2012) concluiu que a transmissão sexual e intrafamiliar do HCV não é a mais significativa via de transmissão do vírus. O contato intradomiciliar é influenciado pelo tipo de exposição, tempo de convívio e coinfeção com

HIV. Esses dados nos revelam a importância da realização de diagnóstico com os contactantes domésticos, além da determinação dos fatores de risco associados à transmissão.

Incomum, mas ocasional é a transmissão ao nascer, podendo ocorrer em cerca de 5 em cada 100 crianças nascidas de mulheres infectadas (WHO, 2002). A transmissão vertical é a situação na qual ocorre infecção do recém-nascido durante a gestação, parto ou por meio da amamentação. Essa transmissão vertical da hepatite C pode atingir níveis com variação de até 25%, podendo elevar-se quando a mãe é virêmica na ocasião do parto e principalmente quando existe co-infecção com o vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV), possivelmente devido a um aumento no título de HCV como resultado da imunossupressão. A prevalência de infecção pelo HCV em mulheres grávidas no Brasil não difere da encontrada na população em geral e varia entre 0,9 e 1,5%. Deve-se enfatizar a importância da realização de triagem para a hepatite C no pré-natal (ALVES et al., 2014).

Fatores epidemiológicos, comportamentais e história pregressa dos pacientes, também podem associar-se à transmissão vertical do HCV, a exemplo de tatuagens, transfusões sanguíneas, histórico dos parceiros, uso de drogas ilícitas e promiscuidade sexual. O estudo de Gardenal et al., (2011) investigou a prevalência de transmissão vertical e fatores associados em gestantes cadastradas no Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) de Campo Grande, identificando 58 gestantes portadoras do vírus da hepatite C, revelando prevalência de infecção pelo HCV de 0,2% de um total de 31.187 gestantes cadastradas.

A infecção pelo HCV não contraindica a gestação. Não há evidências de piora da doença hepática no decorrer da gestação. Se diagnosticadas durante o tratamento, este deverá ser suspenso devido sua teratogenicidade e falta de dados que garantam a segurança do uso durante a gestação. A mulher só deve abster-se do aleitamento se os mamilos estiverem rachados ou sangrando (BRASIL, 2015c; WHO, 2002). A possível causa da baixa transmissibilidade do HCV a partir do leite materno pode ser explicada pela baixa quantidade do RNA-HCV no leite e sua neutralização pelo suco gástrico e a integridade das mucosas oral e gástrica do recém-nascido (ZATTI; DAZZI, 2014).

As pessoas que portam o vírus da hepatite C devem seguir algumas recomendações para evitar sua transmissão, como não doar sangue, órgãos, tecidos ou sêmen, não compartilhar escovas de dente ou lâminas de barbear, manter os cortes e lesões de pele cobertos (WHO, 2002). O HCV pode permanecer infectante em objetos ou superfícies inertes por até 1 semana, aumentando a probabilidade da transmissão por procedimentos estéticos invasivos como o uso de *piercings* e tatuagens (ZATTI; DAZZI, 2014).

2.3 Diagnóstico e Tratamento

Para fins de vigilância epidemiológica, o diagnóstico do vírus da hepatite C é confirmado quando o indivíduo preenche as condições de caso suspeito e apresenta anti-HCV reagente (principal marcador) e HCV-RNA detectável (BRASIL, 2012a). Todas as pessoas com HCV positivo são consideradas potencialmente infectantes. O período de incubação para a hepatite C tem uma média de 6 até 10 semanas. O diagnóstico é feito por avaliação bioquímica da função hepática (WHO, 2002). A presença de anti-HCV não define isoladamente a presença de infecção ativa e deve ser interpretada como contato prévio com o HCV. O resultado reagente desse marcador deverá ser confirmado por testes moleculares para detecção de ácidos nucleicos do HCV (RNA-HCV), pois detecta o RNA viral de todos os genótipos e subtipos descritos da hepatite C (BRASIL, 2011a).

Sintomas de infecção aguda podem ter início cerca de 6 a 20 semanas após a exposição ao HCV, nesse período o HCV-RNA pode ser identificado no soro antes da presença do anti-HCV. A hepatite C crônica é definida pela presença do anti-HCV reagente por mais de seis meses e pela confirmação diagnóstica com RNA-HCV detectável (BRASIL, 2015b).

Em apenas 20% dos pacientes sintomáticos o início dos sintomas precede a soroconversão. A fase aguda caracteriza-se pela elevação das aminotransferases séricas, principalmente ALT/TGP, associada ou não a período prodromico, caracterizado por náuseas, vômitos, fadiga, febre baixa e cefaleia. Posteriormente, podem aparecer outras manifestações clínicas, tais como dor abdominal, icterícia, prurido, colúria, acolia e artralgias, junto com o aparecimento de RNA-HCV. Normalmente, a hepatite C é diagnosticada em sua fase crônica, isso nos remete ao aumento da oferta de diagnóstico sorológico, especialmente nas populações de risco para o HCV (BRASIL, 2011a).

Oliveira et al., (2014), enfatizam a importância de uma política mais agressiva para o diagnóstico da hepatite C, pois a falta de um diagnóstico precoce e oportuno diminui a possibilidade de uma resposta adequada ao tratamento e os portadores ficam mais propensos às complicações da doença. O estudo revisou prontuários de todos os adultos com idade superior a 15 anos atendidos no período entre janeiro de 2009 e junho de 2013, no ambulatório de Gastroenterologia da Universidade Federal de São Paulo, serviço de referência para pacientes com doença hepática relacionada ao HCV. Foram excluídos os pacientes que apresentaram co-infecção para hepatite B, HIV, entre outras. Considerando esses fatores, foram incluídos 525 pacientes com HCV positivo, dos quais 49,5% são do sexo masculino e

50,5% são do sexo feminino, 10% tinham idade menor que 30 anos quando receberam o diagnóstico e o pico de prevalência ocorreu entre as idades de 51 a 60 anos, ou seja, a maioria diagnosticada em estágio avançado.

O teste sorológico para diagnóstico de hepatite C, rotineiramente utilizado desde o início dos anos 90, é o teste imunoenzimático (ELISA) para detecção de anticorpos contra o vírus da hepatite C (anti-HCV), que adquiriu maior sensibilidade e especificidade ao passar de testes de primeira para segunda e terceira gerações. A reação em cadeia da polimerase (PCR) é uma das técnicas de biologia molecular mais utilizadas, que amplifica parte do genoma do vírus, sendo extremamente sensível. As determinações quantitativas (carga viral), por outro lado, mostram-se muito interessantes antes do início do tratamento, juntamente com a determinação do genótipo, para definir-se a duração do tratamento. O diagnóstico histológico revela-se importante quando da decisão terapêutica e também fornece subsídios quanto à confirmação da etiologia pelo HCV (STRAUSS, 2001).

O diagnóstico da infecção pelo HCV é um processo de duas etapas. O resultado positivo no teste sorológico indica uma história de exposição ao HCV e a reação em cadeia da polimerase (PCR) para o ácido nucléico viral confirma a presença da infecção ativa (geralmente crônica) (SNOW et al., 2014). Segundo o Ministério da Saúde (2011a), a definição de caso para o HCV ocorre a partir do Anti-HCV reagente por mais de seis meses e pela confirmação diagnóstica com RNA-HCV positivo.

A cronicidade da Hepatite C pode resultar em complicações graves como a fibrose hepática progressiva, cirrose, insuficiência hepática ou carcinoma hepatocelular, estes estão associados a significativos custos adicionais para atendimento ambulatorial, serviços hospitalares e medicamentos prescritos (LUCIANI et al., 2014).

Embora seja uma infecção progressiva que cursa lentamente, pode ser fatal e grave. As doenças crônicas implicam uma ruptura do modo de vida, alterações psicológicas e comportamentais, exigindo do indivíduo uma atitude de repensar em seus hábitos e como enfrentar essa nova realidade. O indivíduo, ao descobrir que é portador do HCV, poderá desencadear uma gama de conflitos e sentimentos que poderão modificar por completo sua vida. Esses sentimentos podem ser causados tanto pela patologia de base como por suas implicações terapêuticas (SOUSA; CRUVINEL, 2008).

O tratamento da hepatite C objetiva deter a progressão da doença hepática inibindo a replicação viral, dessa forma com a redução da atividade inflamatória pretende-se impedir a sua evolução, havendo também melhora na qualidade de vida dos pacientes. Quando o diagnóstico é realizado precocemente, o tratamento ocorre em pacientes assintomáticos,

impedindo que quase a metade deles evolua para fases sintomáticas da doença hepática, a qual é de mais difícil controle (CORRÊA; BORGES, 2008). Pretende-se com o tratamento evitar os desfechos primários da progressão da infecção, como cirrose, carcinoma hepatocelular e óbito (BRASIL, 2015b). A decisão de iniciar o tratamento deve considerar o risco de progressão da doença, a probabilidade de resposta terapêutica, os eventos adversos do tratamento e a presença de comorbidades (BRASIL, 2011a).

Ocorrendo a necessidade de tratamento, para a Sociedade Brasileira de Hepatologia (2014), os medicamentos disponíveis para a hepatite C crônica no sistema público de saúde são o interferon alfa ou interferon peguilado e ribavirina. Uma série de reações tóxicas está associada ao uso de interferon. Estas vão desde efeitos colaterais agudos (febre, mialgia, calafrios, artralgia, cefaléia, etc.) a efeitos crônicos como a fadiga, podendo ocorrer também alterações endócrinas, hematopoéticas, renais, oculares, e do sistema nervoso central (déficit cognitivo, depressão, irritabilidade e insônia). Quanto à ribavirina, a teratogenicidade e a anorexia são os principais efeitos colaterais da droga (SOUSA; CRUVINEL, 2008). A chance de cura varia de 50 a 80% dos casos, a depender do genótipo do vírus (BRASIL, 2005).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hepatologia (2014), o tratamento atual da hepatite C no Brasil envolve combinações de interferon peguilado (PEG), ribavirina (RBV), telaprevir (TVR) ou boceprevir (BOC). A melhor maneira de avaliar o sucesso do tratamento é a obtenção de resposta virológica sustentada (RVS), a qual equivale à cura da infecção pelo vírus da hepatite C e diminui a chance de evolução para cirrose, insuficiência hepática, transplante de fígado e cirrose hepática crônica.

O padrão ouro de tratamento é a combinação de Ribavirina-peguilado, pois melhora significativamente a resposta para todos os genótipos (WHO, 2002). Mallet, Vallet-Pichard e Pol (2010) reforçam que o esquema de tratamento deve ser baseado na combinação de Interferon peguilado e Ribavirina. Em pacientes infectados com os genótipos 1 ou 4, a Ribavirina é administrada em doses elevadas. Os pacientes com genótipos mais fáceis de tratar, 2 ou 3, recebem uma dose baixa de Ribavirina.

Essa terapia combinada tem como contraindicações a gravidez, aleitamento ou alergia a qualquer um dos fármacos. Podem ocorrer efeitos secundários graves em até 2% dos pacientes, devendo ser informados os efeitos colaterais comuns antes de iniciar um ciclo de tratamento, pois esses efeitos ocasionam a piora da qualidade de vida e influenciam o abandono terapêutico. A terapia de combinação produz resposta virológica sustentada, isto é, erradicação do vírus com o resultado de RNA-HCV indetectável na 12^a ou 24^a semana de seguimento pós tratamento, conforme o regime terapêutico instituído, dependendo do

acolhimento e das características virais do paciente, especialmente o genótipo do vírus (MALLET; VALLET-PICHARD; POL, 2010).

Os medicamentos de ação direta contra o vírus da hepatite C constituem-se na estratégia mais recentemente desenvolvida para o tratamento desse agravo. Os primeiros antivirais de ação direta são o boceprevir (BOC) e o telaprevir (TVR), que pertencem à classe de inibidores da protease (IP). Ambos já foram registrados na ANVISA. A aprovação desses IP foi concedida exclusivamente para monoinfectados pelo genótipo 1 do HCV e com fibrose avançada ou cirrose hepática compensada (BRASIL, 2013).

A abordagem terapêutica dos detentos é idêntica à da população geral. As pessoas com genótipos do vírus 1 e 4 são tratadas durante 48 semanas com Interferon peguilado alfa-2a com dose de 180mg uma vez por semana e ingestão diária de Ribavirina numa dose de 1000-1200mg. Os pacientes com HCV genótipos 2 e 3 tem uma duração de tratamento mais curto, 16 ou 24 semanas com a mesma dose de Interferon alfa 2a e Ribavirina com dose de 800mg/dia (KOSTIC et al., 2013).

O impacto do genótipo viral na patogênese da doença do fígado continua a ser um assunto de controvérsia, mas a influência do genótipo na resposta à terapia é estabelecida. Genótipo 1 é geralmente associada a uma pior resposta ao tratamento, enquanto os genótipos 2 e 3 têm uma resposta mais favorável. Genótipo 4 parece ter uma resposta intermediária (WHO, 2003; LIMA JÚNIOR, 2006; TE; JENSEN, 2010).

Em 2015, novas conquistas no tratamento da hepatite C foram instituídas, com novos medicamentos antivirais de ação direta: o sofosbuvir, um análogo nucleotídeo que inibe a polimerase do HCV; o simeprevir, inibidor de protease de segunda geração; e o daclatasvir, inibidor da NS5A. Essa alteração no arsenal terapêutico busca o menor tempo do tratamento, menos efeitos adversos, melhores resultados e facilidade posológica (Sofosbuvir 400 mg/dia VO, Daclatasvir 60mg/dia VO e Simeprevir 150 mg/dia VO) (BRASIL, 2015b).

A terapia será indicada nos pacientes não tratados anteriormente com essas novas medicações e que apresentem resultados de exame indicando fibrose hepática avançada. A biópsia hepática é o exame padrão-ouro para definição do grau de acometimento hepático. Ressalta-se que os pacientes em uso de boceprevir e telaprevir terão o seu tratamento garantido conforme critérios do protocolo anterior. Os novos medicamentos da hepatite C são para tratamento de suas formas crônicas e ainda não foram testados na forma viral aguda (BRASIL, 2015b).

2.4 Medidas preventivas e de controle

As ações preventivas relacionadas às hepatites foram enfatizadas a partir da criação do Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNHV) em 2002, oficializado através da Portaria Nº 2080, 31 de outubro de 2003, propondo o envolvimento de atividades relacionadas à prevenção, vigilância e assistência a portadores de hepatites virais em todos os níveis de assistência, considerando sua magnitude e a necessidade de desenvolver estratégias e políticas de prevenção e controle desses agravos (RODRIGUES NETO et al., 2012; BRASIL, 2011a). A partir de dados epidemiológicos precisos é que é possível qualquer esforço para a prevenção e controle da hepatite C.

Para as estratégias de prevenção para a hepatite C, o Centro para Controle e Prevenção de Doenças, enfocou áreas problemáticas que devem ser trabalhadas quando se objetiva o controle do HCV: baixo nível de consciência do público em geral e dos profissionais, além da alta incidência de infecção pelo HCV associada à epidemia do uso de drogas injetáveis/ilícitas (SMITH et al., 2012).

O Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNHV) foi integrado ao Departamento de DST e Aids da Secretaria de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde) em 2009, que então passou a ser denominado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2011a). Um dos objetivos do PNHV é subsidiar a implantação/implementação da vigilância epidemiológica das hepatites virais nos estados e municípios (BRASIL, 2008b).

Para Ferreira e Silveira (2004) podem ser destacadas muitas conquistas e progressos em relação ao controle e prevenção das hepatites virais, como a identificação dos agentes virais, desenvolvimento de testes laboratoriais específicos, possibilitando o rastreamento dos indivíduos infectados, além do surgimento de vacinas protetoras.

A maior barreira para a prevenção primária da hepatite C é a ausência de uma vacina eficaz ou profilaxia pós-exposição, o que limita o cuidado preventivo básico para evitar o contato com vírus. O perfil epidemiológico e a identificação dos fatores de risco para o HCV na população são de extrema importância para a criação e avaliação de programas/políticas de saúde (FALQUETTO et al., 2013).

A prevenção primária deve realizar atividades como a triagem e análise de sangue, inativação do vírus de produtos derivados do plasma, esterilização adequada dos materiais reutilizáveis como os instrumentos cirúrgicos ou dentários, aconselhamento e serviços de redução de risco, implementação e manutenção de práticas de controle de infecção. Já as

atividades de prevenção secundária devem priorizar a identificação, aconselhamento e testagem de pessoas em situação de risco, tratamento clínico de pessoas infectadas (WHO, 2002).

Atitudes e práticas seguras são desenvolvidas a partir do desenvolvimento de atividade preventivas como o aconselhamento. Este é considerado uma das principais medidas de redução de riscos e tem como objetivo fornecer informações atualizadas ao paciente, utilizando linguagem acessível. Permite o reconhecimento de vulnerabilidades individuais e sociais, proporciona apoio emocional e avalia a capacidade do paciente em aderir ao tratamento e às medidas de prevenção, além de estabelecer estratégias individualizadas para reforçar práticas de prevenção (BRASIL, 2011a).

O aconselhamento surgiu a partir da necessidade de humanização dos serviços do SUS. O PNHV elaborou um manual para aconselhamento das hepatites virais, considerando essa atividade como prioridade, além de permitir a ampliação da testagem sorológica, configurando-se como uma estratégia fundamental para a melhoria da vigilância epidemiológica dessas infecções, já que a maioria das pessoas desconhece sua condição sorológica. O início dos trabalhos de aconselhamento e testagem das hepatites virais foram nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, o aconselhamento tem por objetivo promover: a redução do nível de estresse; a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras; a adesão ao tratamento; e a comunicação e o tratamento de parceria(s) sexual (is) e de parceria(s) de uso de drogas injetáveis. Trata-se de ferramenta considerada fundamental no caso das hepatites virais e que pode contribuir para a quebra de sua cadeia de transmissão, uma vez que promove a reflexão do indivíduo, conscientizando-o do processo de prevenção e do cuidado (MESQUITA FILHO; LIBÂNIO, 2013).

Os CTA constituem importante fonte de dados, permitindo investigar e descrever o perfil epidemiológico dos usuários, orientando medidas específicas de prevenção. Nesses serviços, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. O atendimento é inteiramente sigiloso e oferece a quem realiza o teste, a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde, que orientará sobre o resultado final do exame, independentemente dele ser positivo ou negativo (VILELA et al., 2010).

A inserção da testagem das hepatites virais na rotina dos CTA visa a ofertar a todos os usuários a triagem sorológica das hepatites B e C, vinculado ao aconselhamento, referenciando, quando necessário, os usuários a outros serviços de saúde de acordo com o nível de complexidade do caso. A testagem poderá ser estimulada por meio de ações

educativas, ao serem informados sobre os modos de transmissão das hepatites virais, sensibilizando sobre a exposição ao risco de infecção (BRASIL, 2005).

A partir dessas atividades preventivas é possível a realização do diagnóstico precoce de infecção e tratamento precoce. A erradicação viral pode ocorrer a depender do desenvolvimento tecnológico das medicações e do controle das doenças concomitantes, para reduzir a morbidade e mortalidade associada à infecção crônica pelo HCV (MALLET; VALLET-PICHARD; POL, 2010).

A pesquisa de Llanes et al., (2014) aborda a questão das terapias inovadoras para maior erradicação do vírus e o desenvolvimento de uma vacina efetiva contra o HCV representa um autêntico desafio, devido à grande variabilidade genética do vírus. Somado a isso, sabe-se que este vírus tem a capacidade de inibir a resposta imune inata e atenuar a resposta das células T e B.

No entanto, deve-se focar nas atividades mais preventivas, pois as tentativas de novas terapias são de alto custo e com disponibilidade limitada. Uma vacina protetora contra o vírus da hepatite C continua a ser uma necessidade clínica não satisfeita. Swadling et al., (2014) desenvolveram estratégias de uma vacina com resposta durável, sustentada de células T potentes, abrindo caminho para os primeiros estudos de eficácia de uma vacina profilática. A vacina de células T do HCV pode impedir a infecção pelo vírus da hepatite C persistente e/ou prevenir a cronicidade da doença. Essa estratégia foi obtida pela primeira vez num chimpanzé, em Oxford, Hospital Churchill.

2.5 Sistema penitenciário no contexto das DST's

A atenção à saúde do sistema prisional foi estabelecida a partir da Portaria Interministerial Nº 1777, de setembro de 2003, fundamentada nos princípios do SUS (atenção integral). O plano foi pautado nos conceitos de ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência. Com esse plano, a população carcerária é objeto de uma política de saúde específica, que regulamenta o acesso às ações e serviços que visam reduzir os agravos e danos provocados pelas condições de confinamento em que se encontram essas pessoas marginalizadas e essas ações não devem ser esquecidas pelos sistemas de saúde (GOIS et al., 2012).

Em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS. Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito)

anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11, de julho de 1984 (Lei de Execução Penal). É objetivo geral da PNAISP garantir o acesso dessa população ao cuidado integral do SUS (BRASIL, 2014).

A população privada de liberdade apresenta alto risco de contrair infecções que estão relacionadas às condições de confinamento, entre elas o vírus da hepatite C. O impacto da infecção pelo HCV não se limita apenas às populações carcerárias, que costumam ser negligenciadas e necessitam de abordagens específicas em relação ao perfil epidemiológico. A população prisional caracteriza-se pela marginalização e o elevado consumo de drogas, principalmente as ilícitas (ROSA et al., 2012).

Indivíduos encarcerados são particularmente afetados, uma vez que estão em maior risco de serem infectados devido à tatuagem, *piercing* e uso de drogas injetáveis. Além disso, o baixo nível de escolaridade, a falta de conhecimento sobre a hepatite C, várias prisões e longos períodos de prisão são fatores associados à maior ocorrência de infecção (POMPILIO et al., 2011). A população prisional é considerada como de alto risco para diferentes infecções, tais como tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), hepatite B, hepatite C e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em geral. Marginalização social, dependência de drogas ilícitas, baixo nível socioeconômico e precárias condições do sistema de saúde são fatores que facilitam a elevada disseminação dessas doenças na população encarcerada (COELHO et al., 2009b).

A prisão e sua superlotação conduz à promiscuidade, com o consumo de drogas ilícitas e as práticas sexuais sem proteção. Os reclusos tendem a importar para a prisão o padrão de comportamentos que tinham no exterior da cadeia, daí a importância nas ações de rastreio à entrada do estabelecimento prisional, de modo a permitir uma orientação clínica adequada de todos os reclusos infectados pelo vírus do HIV, da Hepatite B e C (QUEIROZ et al., 2014).

A prevalência das doenças infectocontagiosas nas prisões é significativamente superior àquela existente na comunidade, devido, sobretudo, ao comportamento dos reclusos antes e durante o período em que permanecem encarcerados. O estudo realizado por Passadouro (2004) realizou rastreios de HIV, HCV e HBV em um estabelecimento prisional de Leiria, na Europa, com uma amostra de 788 reclusos que deram entrada no estabelecimento, no período compreendido entre Fevereiro de 1999 e Setembro de 2003, sendo que 42% (326) estavam infectados pelo HCV.

A infecção por hepatite C na população encarcerada tem sido associada à idade, presença de tatuagens e tempo de prisão. Viitanen et al., (2011) enfatizam a predominância dos estudos de hepatite C na prisão serem realizados, em sua maioria, com a população masculina. Isso é enfatizado por Barros et al., (2013) ao afirmar a escassez de estudos sobre a epidemiologia das hepatites virais em mulheres detentas e considera o uso de drogas ilícitas, o baixo nível socioeconômico e múltiplos parceiros sexuais como fatores preditores para a infecção pelas hepatites B e C.

Teutsch et al., (2010) afirmam que existe uma relação estreita entre o uso de drogas ilícitas, infecção pelo HCV e prisão. Os usuários de drogas injetáveis apresentam altas taxas de encarceramento, devido ao tráfico de drogas e realização de roubos e furtos com o intuito de consumir a droga, pois existe essa tendência atual do financiamento do consumo das drogas através do crime. Na Austrália, cerca de 70% dos detentos foram presos por crimes relacionados com as drogas. Segundo Queiroz et al. (2014), o consumo de drogas deve ser um fator a ser investigado dentro dos presídios, pois essas substâncias influenciam na prática do sexo desprotegido.

O principal modo de transmissão da hepatite C entre usuários de drogas injetáveis é através da partilha de injeções. Como as prisões contêm uma alta proporção de usuários de drogas, o HCV geralmente é mais prevalente em populações encarceradas quando comparada à população geral. Além disso, as prisões podem fomentar sua maior propagação devido ao aumento do compartilhamento de seringas, considerando a escassez de injeções limpas e esterilizadas nesses locais. A tatuagem também é outro fator de risco para a hepatite C dentro das prisões (KHEIRANDISH et al., 2009). Além da presença de tatuagens e uso de drogas, há relatos de transmissão do HCV nas prisões relacionados à transmissão sexual através do sexo anal e por lutas sangrentas (DOLAN et al., 2010).

A pesquisa de Strazza et al., (2007) identificou anticorpos contra o vírus da hepatite C (anti-HCV) e contra o vírus da imunodeficiência humana (anti-HIV) e os aspectos associados aos comportamentos de risco para a transmissão dessas infecções na população carcerária feminina de São Paulo, a única com regime fechado e semiaberto e considerada modelo do estado. Das 290 detentas que aceitaram participar do estudo, houve uma prevalência (16,2%) para a hepatite C. Estudo realizado por Rosa et al., (2012) sobre a prevalência da hepatite C, por meio do teste rápido em 195 detentos do Rio Grande do Sul, encontrou uma prevalência de 9,7%.

2.6 Assistência de enfermagem às DST's no sistema prisional

O confinamento gera diversos conflitos e tensões entre os diversos atores presentes no ambiente prisional, refletindo na priorização dos problemas ligados à segurança e à sobrevivência imediata para os agentes de segurança penitenciária e os presos, respectivamente, em detrimento das questões relacionadas à saúde (DIUANA et al., 2008). Diante desse contexto, o Ministério da Saúde iniciou o projeto de saúde no sistema prisional em 1995, com objetivo de promover a saúde pública e cuidados nas prisões, inclusive no atendimento e orientações relacionadas às doenças transmissíveis, como tuberculose, AIDS/HIV, hepatites virais (GOIS et al., 2012).

O estudo de Brum et al., (2014) ressalta a necessidade da atuação das equipes de saúde nos centros prisionais, realizando campanhas e atividades de promoção e prevenção da saúde. A elaboração de instrumentos individuais e coletivos de controle de informações relacionados à saúde desta população também deve ser encorajado. Durante o período de cumprimento da pena devem ser reforçadas ações de controle dessas infecções e de tratamento, caso exista algum caso, visando à redução da disseminação dessas doenças sexualmente transmissíveis.

Considerando a importância da atenção de saúde deste grupo específico, os Ministérios da Justiça e da Saúde instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003 garantiram o direito de inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a). Esse plano prevê a atuação do profissional Enfermeiro dentro da equipe mínima responsável pela atenção à saúde dessa população.

Dessa forma, a Enfermagem pode contribuir para a garantia desse direito ao contribuir no resgate biológico, psicológico e social ao realizar suas atividades centradas na necessidade dessa população, considerando os aspectos éticos e legais da profissão e respeitando as características próprias do Sistema Penal. Como o cuidado é a base da enfermagem, conclui-se que é o profissional que mais se aproxima do paciente. Porém, a atuação dentro do sistema prisional é um fator que traz insegurança para a equipe de enfermagem (SOUZA; PASSOS, 2008). O processo de enfermagem pode ser realizado em diversos cenários, inclusive no sistema prisional. A atuação do enfermeiro nos presídios nos remete a um campo de atuação profissional com características peculiares, além de um novo campo de estudo muito pouco explorado pelas instituições de ensino e pesquisa.

Para que as ações de assistência em saúde sejam, de fato, implementadas, os estabelecimentos de saúde do Sistema Prisional devem dispor de um suporte material

adequado (equipamentos, instrumentos, materiais, insumos e medicamentos), além da disponibilidade de recursos humanos. A atenção à saúde da população privada de liberdade visa a contribuir com a diminuição das iniquidades em saúde existentes nesse meio. Considerando a assistência de enfermagem nesse contexto, a criação de protocolos assistenciais, bastante utilizados pelas equipes de saúde, é de suma importância no atendimento nas penitenciárias, pois ampliam a responsabilidade e vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando a coordenação dos cuidados prestados (BARBOSA et al., 2014).

Considerando a vulnerabilidade dos presidiários para a aquisição das doenças sexualmente transmissíveis foram identificados alguns estudos. Matida e colaboradores (2013) elaboraram relatório para o Estado de São Paulo estimando a soroprevalência do HIV e da sífilis nos presídios femininos, além de traçar o perfil dessa população. Nicolau et al., (2012) avaliaram o conhecimento, a atitude e a prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino como medida preventiva às DST/HIV. Pompílio et al., (2011), Santos; Santana; Franca (2011), Falquetto et al., (2013) estudaram a prevalência da hepatite C em presídios de determinados estados no país. Vale ressaltar que alguns desses estudos foram realizados pelo profissional Enfermeiro.

O tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, assim como o da hepatite C, deve ser realizado em nível ambulatorial e apenas os casos mais graves que necessitam de cuidados especiais, em decorrência de questões sociais ou complicações relacionadas às co-infecções, são encaminhados aos hospitais (FIGUEIREDO; PIAI, 2007).

Dentre as atividades preventivas, podem ser realizados: o aconselhamento seguido pela testagem rápida, além de atividades educativas sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Os profissionais de saúde podem se deparar com dilemas éticos com os portadores de DST/HIV/Aids. Dentre esses dilemas, destacam-se a entrega do resultado positivo, respeito ao sigilo das informações com os familiares, frente à sorologia positiva e a discriminação da própria equipe (SORATTO; ZACCARON, 2010).

Diante do exposto, observa-se a importância do desenvolvimento de atividades de prevenção, de promoção e recuperação nessa população de risco.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa epidemiológica do tipo transversal, inserida em um macroprojeto, denominado: Prevalência de DST e fatores associados em internos do sistema prisional do Piauí. Sua realização foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI).

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em 12 unidades prisionais do Piauí, destas, três estão situadas em Teresina: Casa de Custódia, Penitenciária Feminina e Irmão Guido. As demais são localizadas nos municípios de Altos, Esperantina, Parnaíba, Oeiras, Floriano, Picos, Bom Jesus e São Raimundo Nonato.

As unidades prisionais que compõem o Sistema Penitenciário do Estado do Piauí estão subordinadas à Secretaria Estadual de Justiça – SEJUS, órgão que tem por finalidade exercer a ordem jurídica, preservação de regime carcerário e garantias constitucionais dos presos. Apenas dois presídios comportam público feminino, sendo um na capital e o outro em município do litoral.

O ambiente físico dos internos nos presídios são os pavilhões, os quais são compostos pelas celas e pelo pátio para banho de sol. Observaram-se vários problemas estruturantes nas unidades prisionais, como o estado de conservação ruim, instalações físicas inadequadas, celas superlotadas e recursos humanos insuficientes. A segurança e a ordem permanente são mantidas na rotina pelo quadro de agentes penitenciários com apoio da guarda militar do Estado.

Para prestar assistência à saúde a essa população carcerária, existem atuando junto aos estabelecimentos penais, equipes de saúde compostas por profissionais de saúde que pertencem ao quadro da Secretaria de Justiça: Médicos (10), Enfermeiros (06), Psiquiatras (5), Psicólogos (04), Odontólogos (13), Assistentes Sociais (12), Auxiliares/Técnicos de enfermagem (17), Auxiliares de saúde bucal (02) e Nutricionistas (02), totalizando 48 profissionais, configurando-se um quantitativo insuficiente para prestação de cuidados à essa população, conforme proposta do Plano de Atenção a Saúde do Sistema Penitenciário do

Piauí. A assistência prestada nas unidades prisionais do estado possui um perfil de serviço ambulatorial, predominantemente com cuidados de curativos e tratamento de crises psiquiátricas em mais de 80% do seu atendimento (PIAUI, 2013).

3.3 População do estudo

A população do estudo foi composta pelos internos das unidades prisionais (n=2.839) (Quadro 01). Adotou-se como critério de inclusão: ser interno de unidade prisional com regime fechado ou semiaberto. Porém, foram excluídos os que não estavam em condições de responder as perguntas do estudo (n=73); e aqueles internos que, no período da coleta de dados, se encontravam em unidades com motins/rebeliões (n= 464). Além disso, 171 recusaram participação, redundando em 2.131 internos participantes do estudo, que representam 75% da população que cumpre pena sob os referidos regimes nos presídios do Estado do Piauí (Figura 01).

Quadro 1: Distribuição do quantitativo de internos existentes e investigados, por penitenciária, do Estado do Piauí. Teresina/PI, 2015.

Unidade Penal por município	Nº de internos existentes	Nº e % de internos investigados
Colônia Agrícola Penal Major Cesar Oliveira / Hospital penitenciário	253	114 (45,0%)
Penitenciária Regional Dom Abel Alonso Nunez	108	105 (97,2%)
Penitenciária Regional Luiz Gonzaga Rebelo	169	167 (98,8%)
Penitenciária “Gonçalo de Castro Lima”-Vereda Grande	225	173 (76,8%)
Penitenciária Regional de Oeiras	63	43 (68,2%)
Penitenciária Mista Juiz Fontes Ibiapina	394	290 (73,6%)
Penitenciária Regional “José de Deus Barros”	345	245 (71,0%)
Casa de Detenção Provisória “Dom Inocêncio Santana”	112	89 (79,4%)
Casa de Custódia José Ribamar Leite	698	569 (81,51%)
Penitenciária Regional “Irmão Guido”	363	227 (62,5%)
Penitenciária Feminina de Teresina	109	109 (100,0%)
TOTAL	2.839	2.131 (75,0%)

Fonte:SIAPEN/2013

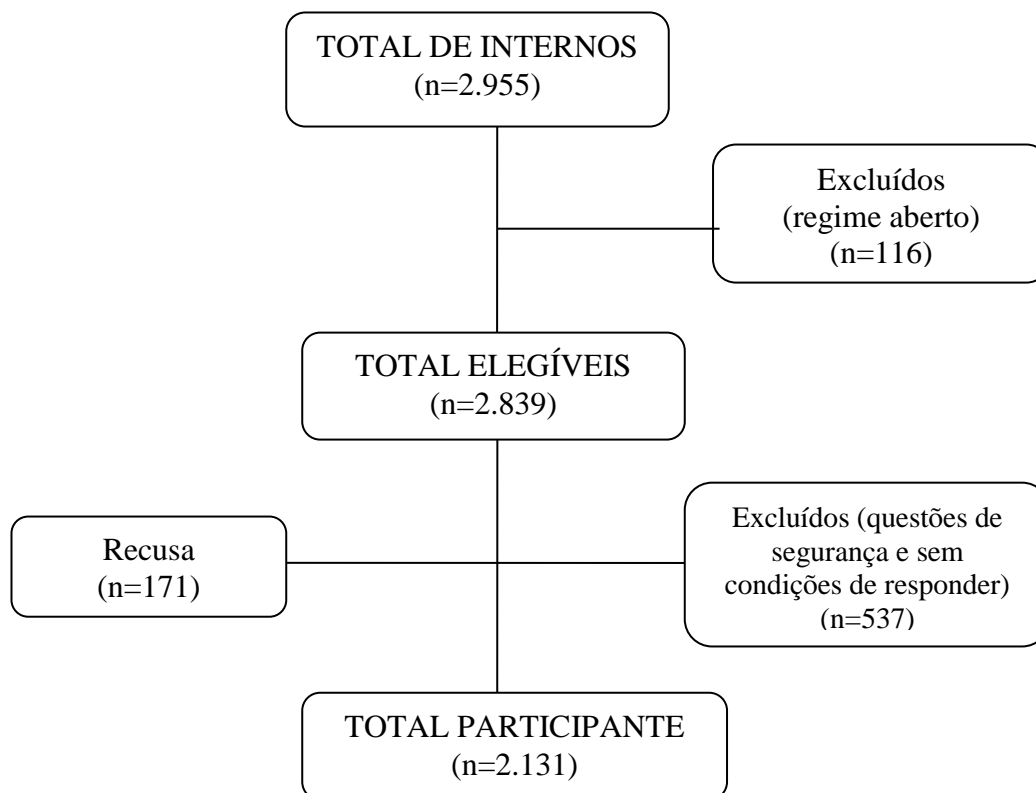


Figura 01: Fluxograma de recrutamento dos internos do sistema prisional do Estado do Piauí. Teresina/PI, 2015.

3.4 Variáveis do estudo

A variável dependente foi a testagem reagente para o marcador Anti-HCV. As variáveis independentes foram: sociodemográficas (idade, sexo, cidade de origem, estado civil, cor da pele, escolaridade, renda pessoal); padrão do uso de álcool e outras drogas (tipo e frequência); exposição parenteral (realização de transfusão sanguínea e cirurgia, uso de gluconergan, compartilhamento de materiais perfurocortantes, ter tatuagem, ter *piercing*, uso de droga injetável, uso de seringa de vidro, uso de droga inalatória); comportamentos sexuais (prática sexual, número de parceiros, critério para seleção de parceria sexual, uso de camisinha, motivo do não uso da camisinha, uso de bebidas alcoólicas e de drogas antes das relações sexuais); informações sobre hepatite C (sobre infecção, prevenção e transmissão); existência de alguma DST na vida.

3.5 Coleta dos dados

A realização dos trabalhos referentes à coleta de dados desta pesquisa ocorreu nos pátios dos pavilhões, pois caracterizavam-se como espaços mais amplos e adequados, possibilitando a montagem da estrutura necessária à entrevista, aconselhamento e execução do teste rápido, comportando: a equipe da pesquisa, a equipe de segurança (composta pelos agentes penitenciários e o reforço solicitado da Ronda Ostensiva de Natureza Especial — RONE) e os internos; como também todos os insumos laboratoriais necessários para a realização da testagem.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2013 a maio de 2014, pela pesquisadora e uma equipe de profissionais composta por: enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais especificamente treinados em testagem e aconselhamento em DST/Aids/Hepatites virais. O treinamento da equipe foi realizado antes do período da coleta, no mês de agosto de 2013, pela Coordenação de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí — SESAPI, que também disponibilizou juntamente com o Laboratório Central — LACEN, todos os materiais necessários a testagem, desde os testes rápidos e seus componentes aos insumos laboratoriais de biossegurança.

A coleta ocorreu em duas etapas, no interior das unidades prisionais, especificamente nos pátios dos pavilhões, com acompanhamento da equipe de segurança de cada local. Na primeira foi realizada a entrevista por meio da utilização de formulário pré-testado, anônimo, adaptado dos estudos de Sá et al., (2013) e Carvalho (2013) realizado com usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí, contendo questões predominantemente fechadas relacionadas às variáveis em estudo (APÊNDICE A). A participação foi voluntária, mediante a informação dos objetivos da pesquisa e da garantia do sigilo das informações prestadas e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

Na segunda etapa, foram realizados os testes rápidos pelo método imunocromatográfico (Imuno-ELISA anti-HCV da WAMA) para identificação seletiva de anti-HCV em amostras sangue total. Ambas as etapas foram realizadas no próprio presídio, de modo a respeitar a individualidade e privacidade de cada um.

Para a realização dos testes foram utilizados kits que contem 25 saquetas (teste rápido e pipeta), um frasco conta-gotas tampão reagente, 25 lancetas e um cartão de leitura visual. Tais materiais foram fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, uma vez que a testagem para HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis em presidiários do Estado constam no

plano de metas da instituição.

Antes da execução dos testes rápidos, realizou-se o aconselhamento pré-teste, com objetivo de informar sobre os procedimentos de coleta, os possíveis resultados e a garantia do sigilo e confidencialidade. Desse modo, cada indivíduo foi orientado a aguardar a entrega do resultado no local, uma vez que o laudo era emitido entre dez e trinta minutos. A forma de entrega variou de acordo com a organização local de cada instituição prisional. Encerrado todo o procedimento de execução da testagem, foi realizado o aconselhamento pós-teste, quando era apresentado o resultado ao interno, com esclarecimento de possíveis dúvidas e realizado orientações sobre prevenção das hepatites virais. As orientações sobre os encaminhamentos para os resultados negativos e positivos foram dadas à Secretaria de Justiça para devida assistência nos serviços de referência estadual em Hepatites virais.

O procedimento de coleta do sangue para realização dos testes rápidos foi feito por meio de punção digital, para tanto, foram adotados os passos determinados pelo Ministério da Saúde, elencados abaixo (BRASIL, 2011b):

- Os reagentes necessários atingiram a temperatura ambiente antes da utilização;
- Os dispositivos foram mantidos em uma superfície plana e limpa, após sua retirada do sachê;
- A amostra foi coletada conforme instruções do fabricante;
- Para punção digital: segurou-se a mão do paciente com firmeza levantando-a e garroteando entre a falange proximal e média do dedo a ser puncionado. A seguir a lanceta desencapada foi posicionada no local da punção, acionada sobre a ponta da última falange do dedo e, por fim, descartada;
- O sangue da polpa digital do interno foi aspirado e três gotas da amostra sanguínea (aproximadamente 75µl) foram despejadas no poço amostra (S) do dispositivo;
- Foi adicionada uma gota de tampão na zona de introdução da amostra (aproximadamente 40µl) e aguardado 15 minutos para a leitura.

Consideraram-se testes positivos aqueles em que duas linhas distintas, uma de cor azul (zona de controle) e outra de cor de vermelha (zona de teste) apareceram no dispositivo. Testes negativos foram aqueles em que apenas a linha azul da zona de controle apareceu e foram considerados inválidos os testes em que a linha de controle não apareceu, ou quando aparecia somente a linha de teste (BRASIL, 2011b).

Foi explicado aos participantes que a punção digital é uma técnica invasiva e que poderia haver um leve desconforto em face da picada da lanceta. Entretanto, os riscos são mínimos e passíveis de serem contornados, considerando que os materiais utilizados eram esterilizados, de uso único e descartável, somado a este fato a coleta deve ser realizada por profissionais experientes. Os sujeitos foram informados sobre o direito de se recusar a participar desta etapa ou de qualquer outra da pesquisa.

O teste rápido para Hepatite C é de triagem, portanto, os casos positivos, os sujeitos foram encaminhados pela equipe do estudo à Secretaria de Justiça. O referido órgão ficou sob a responsabilidade de encaminhar os internos aos serviços de referências estadual ou municipal, para realização de testes sorológicos confirmatórios e dos seguimentos necessários. Ao final, foram emitidos laudos relativos ao exame em duas vias (uma para o pesquisador e outra que foi anexada ao prontuário do interno), com a interpretação final dos resultados das amostras, podendo ser definidas como “Amostra Reagente para Hepatite C ou Amostra não reagente para Hepatite C”.

É importante ressaltar que, por recomendação do Ministério da Saúde, todos os profissionais envolvidos no processo de coleta do sangue e testagem seguiram as normas de biossegurança, utilizando avental (jaleco) de mangas longas e punho retrátil, calçados fechados, óculos de proteção, máscaras, e luvas, os quais foram descalçados logo após a execução da técnica específica. Além disso, o material contaminado com produtos químicos ou agentes biológicos foi descartado em recipientes apropriados, contendo sinalização específica do risco (BRASIL, 2004b).

3.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados e analisados com a utilização do Software *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 18.0 e *Stata* versão 12.0, ferramenta de tratamento de dados e análise estatística. A técnica de dupla digitação foi utilizada com checagem e limpeza do banco de dados. Logo após, realizaram-se análises descritivas (frequências absolutas, percentuais simples e medidas de tendência central) das variáveis da pesquisa. Algumas variáveis foram recodificadas a fim de facilitar as análises.

Na estatística inferencial foram aplicados testes de hipóteses bivariados e multivariados. O teste bivariado de associação entre as variáveis qualitativas utilizado foi o teste de Regressão Logística Simples, referido aqui como odds não-ajustado, com o objetivo

de selecionar os possíveis fatores que podem explicar a prevalência de hepatite C, além disso, como critério de seleção para as categorias de referência adotou-se a importância clínica. As variáveis, que na análise bivariada apresentaram valor de $p \leq 0,05$, foram submetidas ao modelo multivariado de regressão logística, aqui denominado de odds ajustado (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

Os dados de prevalência para Hepatite C apresentados nesta pesquisa foram considerados como eventos raros, pois se observou poucos eventos (ter Hepatite C) e muitos não-eventos (não ter Hepatite C). Nesse caso o modelo de regressão logística padrão produz estimadores viesados, enquanto o modelo de regressão logística para eventos raros (*Relogit*) produz estimadores corrigidos com erros quadrados médios mais baixos do que o modelo padrão (King; Zeng, 2001). Os autores desenvolveram os algorítmicos para implementação do método no *Stata*. A Regressão Logística para Eventos Raros (*Relogit*) foi utilizada para os *odds* ajustados dos fatores preditores da Hepatite C.

Para todas as demais análises, foi mantido o nível de significância de 0,05 para rejeição da hipótese nula. Foi examinada a ausência de multicolinearidade entre as variáveis selecionadas pela análise bivariada (ALLISON, 2003), por meio do FIV (Variance-inflationfactor) e o ponto de corte para a existência de multicolinearidade adotado foi um $FIV \geq 4$ (GARSON, 2010). Os achados mais significativos foram apresentados em forma de tabelas e discutidos com base na literatura produzida sobre o tema.

3.7 Aspectos éticos

Para a realização da pesquisa, foi solicitada a autorização da Secretaria de Justiça, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí – UFPI, com o parecer nº 335.963 (ANEXO A). Aos participantes, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido, garantida a confidencialidade e a privacidade, e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas (APÊNDICE B), conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

4 RESULTADOS

4.1 – Caracterização sociodemográfica dos internos do estudo

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e econômica da população do estudo. Teresina/PI, 2015 (n=2.131).

Variáveis	n(%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Mín-Max
Municípios dos presídios					
Altos	114(5,4)				
Bom Jesus	105(4,9)				
Esperantina	167(7,8)				
Floriano	173(8,1)				
Oeiras	43(2,0)				
Parnaíba	290(13,6)				
Picos	245(11,5)				
São Raimundo Nonato	89(4,2)				
Teresina	905(42,5)				
Município que tem residência					
Teresina	751(35,2)				
Interior do Piauí	1116(52,4)				
Outro Estado	264(12,4)				
Sexo					
Masculino	1977(92,8)				
Feminino	154(7,2)				
Faixa etária					
De 18 a 22 anos	387(18,2)	30,9	10,1	30,5-31,3	17-81
De 23 a 32 anos	1037(48,6)				
De 33 a 47 anos	534(25,10)				
De 48 a 59 anos	135(6,3)				
De 60 a mais	38(1,8)				
Cor/Raça					
Branca	420(19,7)				
Preta	399(18,7)				
Pardo	1132(61,6)				
Situação conjugal					
Solteiro/separado/viúvo	1235(58,0)				
Casado/União estável	896(42,0)				
Anos de estudo					
Analfabeto	232(10,9)	6,3	3,9	6,1-6,5	0-23
Ens. Fund. Incompleto	1342(63,0)				
Ens. Fund. Completo	126(5,9)				
Ens. Médio Incompleto	205(9,6)				
Ens. Médio Completo	120(5,6)				
Ens. Superior	106(5,0)				
Renda pessoal					
Sem renda	793(37,2)	789,1	1713,8	716,2-861,9	0-40000
<um salário	166(7,8)				
Um salário	691(32,4)				
De 2 a 3 salários	352(16,5)				
>3 salários	129(6,1)				

Legenda: \bar{x} = *media*, \pm =Desvio padrão, IC= intervalo de confiança, Min-Max=Mínima e Máxima.

Conforme a caracterização sociodemográfica apresentada na Tabela 1, dos 2131 presidiários que participaram do estudo, a maioria era interna em presídio da capital (42,5%). Dos participantes, 92,8% eram do sexo masculino. A média de idade foi de 30,9 anos, variando de 17 a 81 anos. Em relação à cor/raça, 61,6% eram pardos. Ao analisar a situação conjugal, o estudo mostrou que 58% eram solteiros, separados ou viúvos. Em relação à escolaridade, 63% tinham o ensino fundamental incompleto, 10,9% eram analfabetos e 5% relataram ter ensino superior. A média de escolaridade foi 6,3 anos. Quanto à renda pessoal, 37,2% relataram não possuir renda, 32,4% vivem com 1 salário mínimo e 16,5% com 2 a 3 salários mínimos. Dentre os que possuem renda, a média foi R\$ 789,1, com máxima e mínima de 0 e 40.000. O valor base do salário mínimo da época foi fixado no valor de R\$ 700 para facilitar os cálculos.

4.2 Características relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas

Com relação ao uso de álcool e outras drogas antes da prisão, 78,7% dos participantes do estudo confirmaram o uso de bebidas alcóolicas (Tabela 2). Destes, 91,2% utilizavam a cerveja. A frequência do uso de bebida foi de duas a três vezes por semana (41,4%), sendo que 15,6% afirmaram que consumiam diariamente. Dentre os internos, 36,7% consumiram bebidas alcóolicas entre seis e dez anos. Quanto ao uso de drogas ilícitas, 57,6% afirmaram utilizar ou já fizeram uso de algum tipo, 34% não referem o uso e 8,4% relataram uso no passado. Ao serem questionados sobre as drogas mais utilizadas a maconha ganhou destaque (84,5%), seguida da cocaína (47,1%) e crack (46%), vale ressaltar que 3,5% afirmaram que já fizeram uso de drogas injetáveis. Sobre a frequência do uso das mesmas, 58,6% utilizavam diariamente, 17,8% uma vez por semana, 16,9% duas a três vezes por semana.

Tabela 2: Distribuição dos detentos investigados segundo o uso de álcool e outras drogas. Teresina/PI, 2015 (n=2131).

Variáveis	N	%
Uso de bebidas alcoólicas		
Sim	1678	78,7
Não	452	21,3
Bebidas(*)		
Cerveja	1528	91,2
Cachaça	846	50,5
Whisky	688	41,1
Vodca	559	33,4
Outros	1281	76,4
Frequência do uso de bebidas alcoólicas		
Diariamente	261	15,6
1 vez por semana	556	33,1
2 a 3 vezes por semana	695	41,4
Outra	166	9,9
Quanto tempo faz o uso de bebidas alcoólicas		
1 a 5 anos	271	16,2
6 a 10 anos	615	36,7
11 a 15 anos	412	24,6
Mais de 15 anos	377	17,7
Usa algum tipo de droga ilícita		
Sim	1227	57,6
Não	725	34,0
Usava	179	8,4
Drogas(*)		
Anfetaminas	82	5,8
Crack	648	46,0
Cocaína	663	47,1
Maconha	1191	84,5
Ansiolítico	122	8,7
Injetáveis	50	3,5
Outros	53	3,8
Frequência do uso de drogas		
Diariamente	827	58,6
1 vez por semana	251	17,8
2 a 3 vezes por semana	238	16,9
Outra	95	6,7

(*)Múltipla escolha

4.3 Informações relacionadas à Hepatite C e outras DST

Quanto às informações sobre a infecção por Hepatite C, 86,9% dos internos afirmaram não possuir e 94,9% não sabem como o HCV é transmitido. Dos 3,8% que sabiam sobre a transmissão, 2,8% mencionaram a relação sexual desprotegida e sangue e 0,8% afirmaram que a infecção pode ser transmitida por perfurocortantes. Vale ressaltar que os internos podiam responder dois ou mais itens sobre as formas de transmissão. Todos os participantes

foram questionados sobre as fontes de informações sobre as DST's, tendo como resposta predominante a televisão (60,4%).

A maioria dos participantes do estudo (77%) referiu não ter tido nenhuma DST na vida. Dentre os 22,3% que declararam ter, as mais citadas foram: gonorréia (81,2%) e sífilis (10,8%). A maior parte dos participantes do estudo (97,9%) sabia que o uso da camisinha previne as DST. Quando questionados em relação ao medo de pegar DST, 48,1% declararam o medo de morrer e de adoecer gravemente (47,3%).

Tabela 3: Informações da população do estudo sobre Hepatite C e DST já adquiridas. Teresina/PI, 2015 (n=2131).

Variáveis	n	%
Tem alguma informação sobre Hepatite C		
Sim	280	13,1
Não	1851	86,9
Sabe como é transmitida a Hepatite C		
Sim	82	3,8
Não	2023	94,9
Em parte	26	1,2
Como se dá a transmissão da Hepatite C(*) (n=82)		
Sangue	59	2,8
Relação sexual desprotegida	59	2,8
Perfurocortante	17	0,8
Outros	9	0,4
Fonte de informação sobre DST (*) (n=2131)		
Televisão	839	60,4
Serviço de saúde	452	32,5
Internet	51	3,7
Outras	561	40,4
Teve alguma DST na vida		
Sim	475	22,3
Não	1656	77,7
Qual DST(*)		
Sífilis	51	10,8
Gonorreia	385	81,2
HPV	19	4,0
Outras doenças	49	13,0
Sabe como prevenir DST		
Sim	1708	80,2
Não	423	19,8
Formas de proteção(*)		
Uso de camisinha	1669	97,9
Outras	91	5,3
Tem medo de contrair DST		
Sim	1884	88,4
Não	247	11,6
Porque tem medo de pegar DST(*)		
Medo de morrer	904	48,1
Transmitir para família	160	8,5
Adoecer gravemente	888	47,3

(*)Múltipla escolha

4.4 Prevalência de positividade do Anti-HCV

Na pesquisa por anticorpos contra o vírus da hepatite C, 7 (0,3%) internos foram reagentes para o Anti-HCV.

Tabela 4: Prevalência de positividade do Anti-HCV na população do estudo. Teresina/PI, 2015 (n=2131).

Variáveis	N	%	IC95%	Erro padrão
Positivo	7	0,3	0,1 – 0,6	0,00124
Negativo	2124	99,7	99,4 – 99,9	0,00124

4.5 Associação da prevalência de positividade do Anti-HCV com as características sociodemográficas, o uso de álcool e outras drogas, a exposição parenteral para hepatite C, o comportamento sexual e as informações sobre hepatite C e outras DST.

A positividade para o anti-HCV na população do estudo ocorreu em sua totalidade no sexo masculino, houve significância estatística em relação a cor da pele ($p=0,026$) e a cor branca apresentou maior chance para positividade do marcador sorológico Anti-HCV (OR=5,47; IC 95%: 1,22-24,55), sem predominância significativa para situação conjugal. Observou-se significância estatística para idade ($p=0,002$) e anos de estudo ($p=0,055$) (Tabela 5).

Tabela 5: Associação de dados sociodemográficos e prevalência de positividade do Anti-HCV. Teresina/PI, 2015 (n=2131).

Variáveis	Hepatite C		Odds (não ajustado)	P	IC95%
	Positivo n (%)	Negativo n (%)			
Sexo					
Masculino	7(0,3)	1970(99,7)	-	-	-
Feminino*	-(0,0)	154(100,0)			
Cor da Pele					
Branco	4(1,0)	416(99,0)	5,47	0,026	1,22-24,55
Negro/ outros*	3(0,2)	1708(99,8)			
Situação Conjugal					
Solteiro/separado/viúvo	3(0,2)	1232(99,8)			
Casado/união estável*	4(0,4)	892(99,6)	0,54	0,420	0,12-2,43
	Média(dp)	Média(dp)			
Idade	44(6,24)	30,87(10,09)	1,07	0,002	1,02-1,13
Anos de Estudo	9,14(1,86)	6,31(3,89)	1,18	0,055	0,99-1,40
Renda Mensal	957,14(834,38)	788,51(1716,0)	1,00	0,797	1,00-1,00

*Categoria de referência. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$.

Nenhuma variável relacionada ao uso de álcool e outras drogas foi estatisticamente associada à prevalência de positividade do Anti-HCV ($p>0,05$).

Tabela 6: Associação das variáveis relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e prevalência de positividade do Anti-HCV. Teresina/PI, 2015 (n=2131).

Variáveis	Hepatite C		Odds (não ajustado)	P	IC 95%
	Positivo	Negativo			
	n(%)	n(%)			
Uso de bebida alcoólica					
Sim	4(0,2)	1674(99,8)	0,35	0,18	0,08-1,60
Não*	3(0,7)	450(99,3)			
Uso de drogas ilícitas					
Sim/ usava	2(0,1)	1404(99,9)	0,20	0,059	0,04-1,06
Não*	5(0,7)	720(99,3)			
Uso de Cocaína					
Sim	1(0,1)	662(99,9)	0,37	0,355	0,04-3,06
Não*	6(0,4)	1462(99,6)			
Uso de Maconha					
Sim	2(0,2)	1189(99,8)	0,32	0,167	0,06-1,62
Não*	5(0,5)	935(99,5)			
Uso de drogas injetáveis					
Sim	1(2,0)	49(98,0)	7,06	0,073	0,83-59,7
Não*	6(0,3)	2075(99,7)			
Uso de Ansiolítico					
Sim	1(0,8)	121(99,2)	2,76	0,349	0,33-23,01
Não*	6(0,3)	2003(99,7)			

*Categoria de referência. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$.

Tabela 7: Associação de variáveis relacionadas à exposição parenteral e a prevalência de positividade do Anti-HCV. Teresina/ PI, 2015 (n=2131).

Variáveis	Hepatite C		Odds (não ajustado)	P	IC95%
	Positivo	Negativo			
	n (%)	n (%)			
Fez transfusão de sangue antes de 1993					
Sim	4 (7,5)	49 (92,5)	56,46	< 0,0001	12,30-259,06
Não*	3 (0,1)	2075 (99,9)			
Fez Cirurgia					
Sim	4 (0,6)	698 (99,4)	2,72	0,190	0,60-12,20
Não*	3 (0,2)	1426 (99,8)			
Uso de <i>piercing</i>					
Sim	1 (0,3)	296 (99,7)	1,03	0,980	0,12-8,58
Não*	6 (0,3)	1828 (99,6)			
Uso de Tatuagem					
Sim	5(0,4)	1283(99,6)	1,64	0,550	0,31-8,47
Não*	2(0,2)	841(99,8)			
Fez uso de seringa de vidro					
Sim	1(4,5)	21(95,5)	16,69	0,010	1,92-144,75
Não*	6(0,3)	2103(99,7)			

*Categoria de referência. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$.

No cruzamento das variáveis relacionadas à exposição parenteral com a testagem para Anti-HCV, foi observada associação estatisticamente significativa com transfusão de sangue antes de 1993 ($p = 0,000$; OR= 56,46) e o uso de seringa de vidro ($p=0,010$; OR= 16,69).

Tabela 8: Associação da prevalência de positividade do Anti-HCV e as variáveis relacionadas à prática sexual. Teresina/PI, 2015 (n=2131).

Variáveis	Hepatite C		Odds (não ajustado)	P	IC95%
	Positivo n(%)	Negativo n(%)			
Costuma ter relações sexuais com					
Sexo oposto*	5 (0,3)	1911 (99,7)	13,17	0,002	2,50-69,34
Mesmo sexo	2 (3,3)	58 (96,7)			
Seleciona parceiro(a) conhecido					
Sim*	1 (0,3)	306(99,7)	1,01	0,99	0,21-8,41
Não	6 (0,3)	1818(99,7)			
Seleciona parceiro(a) de confiança					
Sim*	3 (0,9)	315 (99,1)	0,23	0,050	0,05-1,04
Não	4 (0,2)	1809 (99,8)			
Faz outra seleção do parceiro(a)					
Sim*	5 (0,7)	729 (99,3)	0,20	0,062	0,04-1,08
Não	2 (0,1)	1395 (99,9)			
Uso da Camisinha					
Sempre*	1 (0,2)	517 (99,8)	1,93	0,54	0,23-16,07
Nunca/Às vezes	6 (0,4)	1607 (99,6)			
Não gosta de usar Camisinha					
Sim	1 (0,1)	709 (99,9)	0,33	0,300	0,04-2,768
Não*	6 (0,4)	1415 (99,6)			
Outros motivos para não usar camisinha					
Sim	2 (0,6)	311 (99,4)	2,33	0,310	0,45-12,07
Não*	5 (0,3)	1813 (99,7)			
Uso de bebida alcoólica antes das relações sexuais					
Sim	1 (0,1)	1315 (99,9)	0,11	0,049	0,01-0,99
Não*	5 (0,7)	761 (99,3)			
Usa droga antes das relações sexuais					
Sim	1 (0,1)	968 (99,9)	0,27	0,250	0,03-2,47
Não*	4(0,4)	1071 (99,6)			
Sexo Vaginal					
Sim	6(0,3)	2093(99,7)	0,08	0,020	0,01-0,76
Não*	1(3,1)	31(96,9)			
Sexo Anal					
Sim	3(0,2)	1216(99,8)	0,56	0,440	0,12-2,50
Não*	4(0,4)	908(99,6)			
Sexo Oral					
Sim	4(0,3)	1287(99,7)	0,86	0,850	0,19-3,88
Não*	3(0,4)	837 (99,6)			
	Média (dp)	Média (dp)			
Número de parceiros	2,86(5,32)	1,78(3,62)	1,04	0,44	0,93-1,17

*Categoria de referência. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$.

Na tabela 8, observa-se associação estatisticamente significativa entre a prevalência de positividade do Anti-HCV e as variáveis: relações sexuais, selecionar parceiros de confiança, beber antes das relações sexuais e as práticas de sexo vaginal.

Tabela 9: Associação de variáveis relacionadas à informação sobre DSTs e a Hepatite C. Teresina/PI, 2015 (n=2131).

Variáveis	Hepatite C		Odds (não ajustado)	P	IC95%
	Positivo n(%)	Negativo n(%)			
Informação sobre Hep. C					
Sim*	2 (0,7)	278 (99,3)			
Não	5 (0,3)	1846 (99,7)	0,370	0,24	0,07-1,95
Fonte de Informação					
TV(não) ¹	2(0,2)	837(99,8)	1,620	0,56	0,31-8,40
Serviço de Saúde(não) ¹	3(0,7)	449(99,3)	0,350	0,17	0,08-1,60
Outra(não) ¹	4(0,7)	559(99,3)	0,260	0,08	0,06-1,20
Teve DST					
Sim	1(0,2)	474(99,8)	0,580	0,61	0,07-4,83
Não*	6(0,4)	1650(99,6)			
Sabe como prevenir DST					
Sim*	6(0,4)	1702(99,6)			
Não	1(0,2)	422(99,8)	0,670	0,71	0,08-5,59
Razão do medo em ter DST					
Adoecer gravemente(não) ¹	5(0,6)	883(99,4)	0,280	0,13	0,05-1,47
Morte(não) ¹	3(0,3)	901(99,7)	0,980	0,98	0,21-4,40
Informações sobre formas de transmissão					
Sangue(não) ¹	2(3,4)	57(96,6)	0,069	0,002	0,01-0,36
Relações sexuais desprotegidas(não) ¹	3(5,1)	56(94,9)	0,030	<0,001	0,00-0,16
Compartilhamento de materiais perfurocortantes(não) ¹	2(11,8)	15(88,2)	0,018	<0,001	0,00-0,09

*Categoria de referência. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$.

¹Apresentado apenas a categoria de contraste. A categoria Sim é a de referência.

Verificou-se que as informações referidas pela população prisional em estudo, sobre as formas de transmissão da hepatite C/DSTs, apresentaram associação estatisticamente significativa: sangue ($p=0,002$), relações sexuais desprotegidas ($p=0,000$) e compartilhamento de materiais perfurocortantes ($p<0,001$) (Tabela 09).

4.6 Regressão logística múltipla dos fatores de riscos associados à prevalência de positividade do Anti-HCV na população prisional em estudo.

No modelo de regressão logística múltipla, após a retirada de fatores de confundimento, as variáveis “fez transfusão de sangue antes de 1993” (ORa=18,15; p=0,000) e “Informações de transmissão por compartilhamento de materiais perfurocortantes” (p=0,001) mantiveram associação significativa com a prevalência de positividade do Anti-HCV.

Tabela 10: Regressão logística múltipla dos fatores relacionados à prevalência de positividade do Anti-HCV nos internos dos presídios do estudo. Teresina/PI, 2015 (n=07).

Variáveis	Odd (ajustado)	p	IC95%
Cor da Pele			
Branco	1,53	0,538	0,40 – 5,86
Negro/ outros*	1		
Fez transfusão de sangue antes de 1993			
Sim	18,15	0,000	3,71 – 88,88
Não*	1		
Fez uso de seringa de vidro			
Sim	5,09	0,096	0,75 – 34,56
Não*	1		
Costuma ter relações sexuais com			
Sexo oposto*	1		
Mesmo sexo	6,48	0,052	0,98 – 42,62
Seleciona parceiro(a) de confiança			
Sim*	1		
Não	0,69	0,602	0,17 – 2,80
Bebe antes das relações sexuais			
Sim	0,32	0,389	0,02 – 4,25
Não*	1		
Sexo Vaginal			
Sim	0,21	0,101	0,03 – 1,35
Não*	1		
Informações de transmissão por sangue			
Sim *	1		
Não	1,52	0,598	0,32 – 7,20
Informações de transmissão por Relações sexuais desprotegidas			
Sim*	1		
Não	0,34	0,052	0,11 – 1,01
Informações de transmissão por Compartilhamento de materiais perfurocortantes			
Sim*	1		
Não	0,05	0,001	0,01 – 0,30

*Categoria de referência

5 DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica da população do estudo é similar à encontrada na pesquisa realizada em Passos (Minas Gerais), com 185 internos de um presídio e em relação à renda, coadunou com o referido estudo, pois 46% dos encarcerados viviam com até 2 salários mínimos (QUEIROZ et al., 2014). Observa-se que a maioria dos estudos relacionada à população privada de liberdade é representada pelo sexo masculino, pois este grupo envolve-se mais em situações de violência e tem maior índice de reincidência de crimes (GOIS et al., 2012).

Como consequência da maior vulnerabilidade dos homens à autoria da violência, grande parte da população carcerária no Brasil é formada por homens. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Homem deve ser desenvolvida no sistema prisional visando desde ações preventivas ao tratamento e reabilitação, possibilitando o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008c).

Em relação à faixa etária, foi observada predominância de adultos jovens (30,9 anos). Os dados são similares à pesquisa realizada em presídios da Finlândia que visava estudar a prevalência das hepatites e infecções pelo HIV e fatores de risco nessa população, o qual encontrou a média de idade 34,9 anos para mulheres e 33,8 anos para homens (VIITANEN et al., 2011). Esses dados corroboram com estudo realizado na Catalúnia (n=119) em que a maioria dos encarcerados eram homens (97%), jovens (média de idade de 33,3 anos) (MARCO et al., 2013).

Em relação ao sexo, o MS aponta que o sexo masculino, historicamente, está mais associado ao crime e predomina entre os reclusos no Brasil (BRASIL, 2008d). Apesar da maioria dos estudos em prisões retratarem a população masculina, em Goiás foi realizado estudo em presídio feminino (n=148), encontrando perfil socioeconômico similar ao dessa pesquisa, qual seja 59% da amostra tinha de cinco a nove anos de estudos, 65,2% renda familiar inferior ou igual a um salário mínimo por mês. Aproximadamente metade das participantes (46,6%) eram casadas, 36,5% solteiras e 16,9% divorciadas/viúvas (BARROS et al., 2013).

O predomínio de solteiros nessa população pode ser justificado pelo maior risco de ser preso quando o criminoso é casado ou convive com uma companheira em união estável. De acordo com as poucas pesquisas realizadas junto às populações carcerárias no Brasil, o perfil

dos presidiários é um indivíduo jovem, solteiro e desempregado (ESPÍRITO SANTO; FERNANDEZ, 2008). A predominância de presidiários solteiros também foi demonstrada no estudo realizado por Queiroz et al., (2014). Dados similares foram encontrados em uma pesquisa com população feminina que buscou avaliar o comportamento associado a infecções pelo HIV e HCV, com 290 detentas, em São Paulo, onde 72% eram solteiras, viúvas ou separadas (STRAZZA et al., 2007).

Em relação à cor de pele observada, predominou a parda, contrapondo os dados da população carcerária do presídio no interior do Rio Grande do Sul (ROSA et al., 2012), em que 61,5% eram da cor branca. Tais achados eram esperados, considerando que nos dois estados a maior parte da população é composta por pardos e brancos, respectivamente. Considerando os dados do IBGE do censo de 2010, cerca de 82 milhões de brasileiros se declararam de cor parda, correspondendo a 43,1% da população brasileira e o Piauí revelou uma proporção de 64% de pardos quando comparado aos outros estados brasileiros (IBGE, 2010). Vale destacar que a maioria dos participantes do estudo, 87,6%, afirmaram ter residência no estado do Piauí, seja na capital ou no interior.

Quanto à escolaridade, observou-se que houve predomínio de pessoas com ensino fundamental incompleto, seguido dos analfabetos. O baixo nível de escolaridade também foi identificado em prisioneiros australianos (TEUTSCH et al., 2010) e em estudo realizado em população privada de liberdade no interior do Rio Grande do Sul, no qual 70,8 haviam cursado apenas o ensino fundamental completo/incompleto (ROSA et al., 2012). Condições educacionais similares foram identificadas nas penitenciárias femininas de Goiás, onde 52,9% das detentas tinham entre cinco a nove anos de educação formal (BARROS et al., 2013).

Com relação à renda pessoal, destacaram-se os internos que não possuíam renda alguma ou até um salário mínimo, coadunando com o estudo de Barros et al., (2013) nas penitenciárias femininas de Goiás, em que 65,2% relataram uma renda familiar inferior ou igual a um salário mínimo por mês. Em Colatina, Espírito Santo, a renda mensal inferior a três salários mínimos foi fortemente associada ao diagnóstico da hepatite C (FALQUETTO et al., 2013). Em Passos, Minas Gerais, a renda média dos internos entrevistados foi de até 2 salários mínimos (46%) (QUEIROZ et al., 2014).

A população encarcerada é caracterizada pelo baixo nível socioeconômico, difícil acesso aos serviços de saúde, comportamento sexual de risco e consumo de drogas (QUEIROZ et al., 2014). São indivíduos que não puderam atingir os patamares mínimos para o acesso a bens culturais e/ou de serviços. Eles participam do grupo dos “especialmente vulneráveis” às doenças infectocontagiosas. As condições de confinamento aumentam o risco

de algumas infecções relacionadas aos comportamentos sexuais e/ou ao uso de drogas injetáveis (CARVALHO et al., 2006).

No tocante ao uso consumo de álcool e outras drogas na população do estudo, a maioria afirmou fazer uso de bebidas alcoólicas, antes da prisão, sendo a cerveja o tipo mais citado. Identificou-se uma elevada frequência de seu uso. Quanto ao uso de drogas ilícitas, mais da metade respondeu afirmativamente, sendo a maconha, cocaína e *crack* os tipos de drogas mais citados pelos detentos. Um dado alarmante foi a predominância do uso diário dessas drogas. Observa-se um amplo consumo de drogas lícitas e ilícitas na população estudada, corroborando com o estudo de Passos, Minas Gerais, em que os presidiários afirmaram usar com maior frequência o álcool, a maconha, a cocaína aspirada e o *crack*. O aumento elevado de usuários e dependentes de drogas está associado com a perpetuação da violência e da criminalidade, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública mundial (QUEIROZ et al., 2014).

Panorama semelhante foi identificado no estudo que investigou os fatores de risco para DST na população privada de liberdade em São Paulo. Observou-se que o uso de álcool foi relatado por 11,5% dos detentos e quando questionados sobre o uso de drogas ilícitas em algum momento da vida, a maconha foi citada por 78,6% dos participantes, seguida da cocaína (13,9%) e *crack* (6,2%) (MAERRAWI, 2012).

Na Austrália, 488 prisioneiros com história de uso de drogas injetáveis foram investigados e houve predominância de jovens do sexo masculino (65%), idade média de 28 anos, com baixo nível de escolaridade (76% com menos de 10 anos de escolaridade), uma alta taxa de encarceramento anterior (72%) e duração média de 8,5 anos no uso de drogas injetáveis, com uma alta frequência de compartilhamento no uso das drogas (63%) e uso de tatuagem por 73% deles (TEUTSCH et al., 2010).

O uso de drogas está relacionado ao elevado índice de delinquência, sendo que o uso precoce do álcool e cigarros torna o usuário susceptível ao uso de outros tipos de drogas, como exemplo, a maconha e a cocaína, podendo provocar outros comportamentos de risco, tornando-os vulneráveis a DST/Aids e hepatites virais (MARTINS; PILLON, 2008).

O presente estudo observou como fatores associados à positividade do Anti-HCV na população investigada, transfusão de sangue antes de 1993 e uso de seringas de vidro. Contudo, após afastamento dos fatores de confusão, na análise multivariada permaneceu apenas transfusão de sangue antes de 1993. Alves et al., (2014), descreveram o perfil epidemiológico dos casos de hepatite C na Direção regional de saúde do estado da Bahia, encontrando como principais fatores que contribuíram para a infecção o uso de drogas

injetáveis, tratamento cirúrgico e dentário anterior, transfusão sanguínea, acidentes de trabalho, práticas sexuais de risco e hemodiálise.

Estudo realizado no município de São José dos Pinhais, Paraná, identificou a prevalência da hepatite C em adultos usuários do serviço público de saúde, revelando que 63% passaram por algum tipo de intervenção cirúrgica, 9,4% informaram que já fizeram hemotransfusão, 8,8% faziam uso de *piercing*, 11,8% tinham tatuagem e 11,7% faziam uso de drogas. Os casos positivos apresentaram perfil sócio demográfico semelhante ao presente estudo (RODRIGUES NETO et al., 2012).

Na pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, 16 (8,2%) apenas relataram ter realizado transfusão sanguínea antes de 1993 e cinco (2,6%) declararam relações homossexuais (ROSA et al., 2012). Comparado ao presente estudo, pode-se verificar que houve relatos semelhantes relacionados à prática de relações homossexuais (2,8%) e 2,5% referiram ter realizado transfusão antes de 1993. Como a pesquisa sorológica de Anti-HCV passou a ser rotina dos hemocentros a partir de 1993, os índices de hepatites pós-transfusionais têm sido cada vez mais baixos (CDC, 2012).

Luciani et al., (2014) buscaram identificar a incidência de hepatite C e riscos associados em prisioneiros australianos. O estudo observou que a maioria relatou história de prisão anterior (72%), uso de drogas injetáveis (49,1%), destes, 21% faziam uso diário e 31% revelaram que compartilhavam material perfurocortante. Além disso, 20% dos detentos possuíam tatuagem e 9,5% faziam uso de *piercing*.

Com relação aos comportamentos sexuais de risco nos detentos investigados, a maioria afirmou que seleciona com quem transa. Todavia o critério era ser conhecido ou ser considerado de confiança. O estudo identificou o não uso ou o uso inconsistente da camisinha e quando questionados sobre o motivo do não uso, relataram que não gostam de usar, seguido de confiança no parceiro e nem sempre tem camisinha no momento. Outro fato relevante foi a predominância do uso de álcool e de droga antes da relação. Estudo com a população carcerária da Croácia revelou que 24,3% dos prisioneiros eram UDI, 11,9% faziam uso de álcool e 8,2% tinham comportamentos sexuais de risco, sendo que 0,2% declararam-se homossexuais (BUREK et al., 2010).

O uso de substâncias psicoativas pode tornar a população em geral, assim como a população privada de liberdade, menos conscientes ou preocupados com DSTs. Um estudo realizado com 290 detentas em São Paulo observou o uso do álcool por 64% delas, sendo que 69% referiram fazer uso de alguma droga ilícita. A maconha foi a droga mais citada seguida pela cocaína e do crack. O uso de droga injetável foi referido por 9% das detentas, sendo que

44% referiram ter compartilhado seringas e agulhas com outra pessoa. O confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas tanto pelos comportamentos sexuais inadequados como pelo uso de drogas (STRAZZA et al., 2007).

Nessa perspectiva, os usuários de drogas injetáveis (UDI) se constituem no principal grupo de interesse para a prevenção da sua transmissão dentro dos presídios, já que a maioria desses usuários foi presa em algum momento de sua vida. Dados similares foram encontrados entre pesquisadores (JURGENS; BALL; VERSTER, 2009) em que mais da metade e até 90% dos usuários de drogas já tiveram algum episódio de encarceramento. O número elevado de usuários e dependentes de drogas está associado com o aumento da violência e criminalidade. O uso precoce de álcool e tabaco torna o usuário susceptível ao uso de outros tipos de drogas. O consumo de drogas deve ser um fator a ser investigado dentro dos presídios, pois essas substâncias, lícitas e/ou ilícitas influenciam na prática do sexo desprotegido. O compartilhamento de materiais injetáveis aumenta ainda mais o risco de contaminação.

Quanto à multiparceria sexual, neste estudo observou-se variações de zero a 50 parceiros nos últimos seis meses, o que denota promiscuidade sexual e, por conseguinte, risco para contrair DST e dentre elas a Hepatite C. Estudo realizado no presídio de Passos (Minas Gerais) revelou que 42% de homens da amostra estudada tem de 2 a 5 parceiras e 35% com 10 ou mais parceiras (QUEIROZ et al., 2014).

A atividade sexual desprotegida é considerada o fator de risco mais significativo para a transmissão das DST/HIV nas prisões, o que torna o uso do preservativo nas relações sexuais algo imprescindível como prevenção no sistema penitenciário (NICOLAU et al., 2012). Este comportamento envolve valores, opiniões, além dos aspectos afetivos e sexuais que devem ser considerados para analisarmos a complexidade da atitude do uso ou não do preservativo.

Dados semelhantes relacionados aos comportamentos sexuais dos detentos foram identificados no estudo que investigou os fatores de risco para DST na população privada de liberdade em penitenciária de São Paulo, onde se observou que a prática heterossexual foi referida por 98,5%, homossexual por 0,6% e bissexual por 0,9%. Ter tido doença sexualmente transmissível foi referido por 21,6%. Ao investigar o uso de preservativo na vida, 41,2% afirmaram fazer uso de forma inconsistente e 32,8% referiram nunca ter usado o preservativo (MAERRAWI, 2012). Os reclusos tendem a importar para a prisão o padrão de comportamentos que tinham no exterior do presídio, daí a importância nas ações de rastreio à entrada do estabelecimento prisional, além da implementação de atividades preventivas e de promoção permanente para os encarcerados.

Diante da importância da implementação dessas atividades preventivas de risco e promocionais da saúde, o estudo coletou informações da população do estudo sobre hepatite C e outras DST e observou que poucos detentos possuíam informações sobre a infecção e suas formas de transmissão. Quando questionados sobre as fontes de informações, foi predominante a televisão. Baseados nessa problemática, França e colaboradores (2000) buscaram identificar o conhecimento dos presidiários sobre as DST/ HIV e Aids e suas medidas de prevenção na cidade de Rio Branco, Acre, onde foi identificado o baixo nível de conhecimento. Reforçam que a comunicação em massa do tipo televisiva ou na escrita e falada (rádio, jornais, revistas e outros), tem contribuído na divulgação de mensagens a respeito dessas questões, nesse sentido poderia ser mais utilizada pelos serviços de saúde.

Outro aspecto pesquisado foi a infecção por alguma DST em algum momento da vida e 22,3% confirmaram, sendo o tipo mais citado a gonorréia, seguida da sífilis. O estudo com internos do sistema penitenciário do Rio de Janeiro identificou características da história das doenças sexualmente transmissíveis dessa população antes e depois do encarceramento, onde 36,8% dos homens e 31,9% das mulheres têm história de DST antes da prisão, sendo a gonorréia a principal doença referida pelos homens (32,1%) e a sífilis (11,7%) pelas mulheres. O estudo de Carvalho et al. (2006), com internos em regime fechado dos presídios do Rio de Janeiro, também corroborou os achados deste, pois 8,3% dos homens e 21,2% das mulheres confirmaram história de DST e a gonorréia permaneceu o tipo de DST predominante na população masculina (2,4%) e a sífilis (8,3%) e a candidíase (8,5%) foram as mais citadas pelas mulheres.

A maioria dos detentos afirmou saber se prevenir das DST e a principal forma de prevenção citada foi o uso da camisinha, sendo que grande parte da população estudada afirmou ter medo de contrair DST e quando questionados sobre o motivo do medo, predominou a resposta adoecer gravemente e medo de morrer. Os detentos do Mato Grosso do Sul afirmaram que o uso consistente de preservativo é a medida mais eficiente para a interrupção da transmissão das DST/ Aids, porém são utilizados esporadicamente tanto pelo desinteresse, quanto pela falta de orientação da equipe de saúde local (REIS; BERNARDES, 2011).

A prevalência de positividade do marcador sorológico Anti-HCV (0,3%; IC: 0,1-0,6), identificada na população deste estudo chama a atenção por ser inferior a apresentada em outros estudos no Brasil, tais como: no interior do Rio Grande do Sul, 9,7% dos apenados foram reagentes (ROSA et al., 2012), no Mato Grosso do Sul a soroprevalência de infecção foi de 4,8% (IC: 3,4-6,8) (POMPILIO et al., 2011), no presídio feminino de Goiás foi de 6,1%

(IC: 3,0-11,6) (BARROS et al., 2013), a soroprevalência no estado de Sergipe foi de 3,1% (SANTOS; SANTANA; FRANCA, 2011). Em Ribeirão Preto, a prevalência da infecção pelo HCV entre os presos foi de 8,7% (IC: 5,7-11,7) (COELHO et al., 2009a) e em Colatina, Espírito Santo, foi de 1% (FALQUETTO et al., 2013).

A partir da revisão de vários estudos em população privada de liberdade relacionados com a prevalência da hepatite C, foi encontrada a menor prevalência no estudo realizado na cidade de Colatina, Espírito Santo, na população carcerária, a prevalência de para anti-VHC foi de 1,0% (7/730) (FALQUETTO et al., 2013). No entanto, o estudo realizado com prisioneiros na Finlândia, contou com a participação de 88 mulheres e 300 homens, identificando uma prevalência elevada de anticorpos contra o HCV, entre as mulheres (71%) e homens (43,9%) (VIITANEN et al., 2011).

Nesse estudo, houve associação estatisticamente significativa entre o marcador sorológico Anti-HCV e os dados sócio-demográficos como a idade, cor da pele e anos de estudo. Em relação à idade, esse achado foi concordante com o estudo em presídios da Finlândia (VIITANEN et al., 2011). Corroborando com o estudo realizado com os presidiários de Ribeirão Preto, São Paulo, a prevalência de anti-HCV foi associada ($p < 0,001$) com a idade, esta sendo mais predominante entre os indivíduos com mais de 30 anos de idade (COELHO et al., 2009a). Tal associação pode ser explicada pelo risco de exposição ao vírus ao longo da vida, por meio dos comportamentos de risco já mencionados.

Com relação à cor da pele houve significância estatística e a chance foi 5 vezes maior se for da raça branca. Em contrapartida, o estudo em população carcerária masculina em Goiás não apresentou significância estatística em relação à etnia, branca e não branca ($p = 0,961$, OR = 1,06, IC95% -0,47-2,37) (GONÇALVES, 2005).

No tocante às variáveis relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, houve significância estatística em relação ao uso de drogas ilícitas. Corroborando com diversos estudos realizados com essa população (STRAZZA et al., 2007), como o realizado no sul da Austrália, em que o fator de risco mais significativo para a presença do vírus da hepatite C foi o uso de drogas (MILLER; BI; RYAN, 2009). Hennessey e colaboradores (2009); Rosa et al., (2012) relataram em seu estudo que o uso de drogas ilícitas é o principal contribuinte de alto risco para a infecção pelo HCV.

O uso de drogas injetáveis não apresentou associação estatisticamente significativa, indo de encontro aos achados do estudo de Coelho e colaboradores (2009a) ao observarem que a prevalência de anti-HCV entre presos do sexo masculino em Preto Ribeirão, São Paulo, foi significativamente associada entre usuários de drogas injetáveis (UDI), em comparação

com indivíduos que não usam drogas injetáveis. Falquetto et al. (2013), em estudo realizado em Colatina, Espírito Santo, sobre os fatores de risco associados à prevalência de hepatite C também encontraram associação estatisticamente significativa com uso de drogas injetáveis, além do sexo masculino, renda inferior a três salários mínimos e baixo nível de escolaridade.

O risco aumentado da positividade para o HCV em presídios relacionado ao UDI foi identificado em um ensaio clínico randomizado com 1.325 presidiários usuários de drogas, realizado na Austrália. O estudo revelou que a maioria era do sexo masculino (77,0%), com um tempo médio desde o início do uso de drogas injetáveis de 16 anos. A grande maioria (86,7%) havia sido preso anteriormente, e o uso de drogas na prisão foi relatada por 285 participantes (39,2%). A prevalência de HCV dos indivíduos testados foi de 47,4% (SNOW et al., 2014).

O estudo realizado nos centros de tratamento de uso de drogas filantrópicos, particulares e públicos de Goiânia (GO) e Campo Grande (MS), com amostra de 691 usuários, sendo 102 UDI e 589 usuários de drogas não injetáveis (UDNI), encontrou uma prevalência de infecção pelo HCV de 6,9% e o uso injetável de drogas como principal fator de risco para essa infecção. Os indivíduos UDI apresentaram mais chance de infecção pelo HCV, quando comparados aos UDNI. Além disso, a prevalência dessa infecção foi quase 12 vezes maior no primeiro grupo em relação ao segundo (31,4% *versus* 2,7%). Este fato caracteriza os usuários de drogas injetáveis como importantes portadores e potenciais disseminadores do HCV (LOPES et al., 2009). Estes resultados estão de acordo com dados do Ministério da Saúde, que apresenta o uso de drogas injetáveis como principal via de transmissão de HCV entre os casos notificados (BRASIL, 2011b).

Sobre a associação com a testagem para hepatite C e exposição parenteral, houve significância estatística em relação às variáveis fez transfusão de sangue antes de 1993 e o uso de seringa de vidro. No estudo em uma penitenciária de São Paulo, a variável transfusão de sangue também apresentou significância estatística ($p < 0,01$) e o risco 4,6 vezes maior de contrair a infecção (MAERRAWI, 2012). Um dado significativo deste estudo é que fazer transfusão de sangue antes de 1993 apresentou uma chance 56,46 vezes maior de contrair a hepatite C. Em contrapartida, o estudo sobre a prevalência de hepatite B numa penitenciária de Ribeirão Preto, São Paulo, a variável transfusão de sangue não foi estatisticamente significativa ($p = 0,19$) (COELHO et al., 2009b).

Quanto ao uso das seringas de vidro pelos detentos, observou-se que estes tiveram uma chance 16,69 vezes maior para positividade do marcador Anti-HCV. Contudo, não foi possível a identificação de outros estudos relacionando o uso de seringa de vidro e HCV em

presídios, constatando-se esta lacuna no conhecimento científico relacionado à temática. Quanto a associação entre Anti-HCV e cirurgia anterior não foi significativa. Dado similar ao encontrado no município de São José dos Pinhais, Paraná, com a população usuária dos serviços públicos de saúde ($p=0,300$; $OR=1,96$, $IC95\%$ (0,54-7,13)) (RODRIGUES NETO et al., 2012).

Os fatores de risco como a presença de tatuagens, idade, realização de transfusão sanguínea e a prática sexuais foram confirmados em alguns estudos (POMPILIO et al., 2011; VIITANEN et al., 2011; COELHO et al., 2009a). Pesquisa realizada em presídios do Mato Grosso do Sul, com 443 homens e 243 mulheres, constatou que a soroprevalência da infecção pelo HCV foi de 4,8% com maior prevalência em pessoas tatuadas, aqueles que tinham mais de 50 anos de idade, que receberam transfusões de sangue e aqueles com HIV/Aids (POMPILIO et al., 2011).

Dentre as formas não parenterais de transmissão da hepatite C, torna-se importante ressaltar a possibilidade da transmissão sexual. A prevalência de positividade do marcador Anti-HCV no presente estudo foi associada estatisticamente a algumas variáveis relacionadas à prática sexual: tipo de parceiro sexual; seleção de parceiro; uso de bebida alcoólica antes das relações e sexo vaginal. No tocante à relação do tipo homossexual, o estudo sobre fatores de risco para DST em uma penitenciária de São Paulo também encontrou significância estatística ($p<0,01$) e o desenvolvimento dessa prática teve uma razão de chances de 6,6 vezes superior para obtenção da infecção (MAERRAWI, 2012). Contrapondo esse dado, Gonçalves (2005) não encontrou associação estatística significativa em relação à orientação sexual da população carcerária de Goiás ($p=0,328$).

O estudo de Baggaley, White e Boily (2010), em revisão sistemática do tipo meta-análise sobre risco de transmissão do HIV através do sexo anal, estimam que a prática sexual via anal receptiva tem risco aumentado de 1,4%, 18 vezes maior dentre as demais. Essa prática sexual é culturalmente associada às relações homossexuais, apesar de, não rara, ocorrer nas relações heterossexuais. Diante do exposto e os achados do presente estudo, confirma-se que as relações homossexuais entre homens (prática sexual com parceiro do mesmo sexo) conferem maior exposição ao risco de infecção do que as heterossexuais (com sexo oposto). A compreensão detalhada da transmissibilidade de infecções pelo HCV através da relação sexual anal e dos fatores que crescem o risco é de fundamental importância para a formulação de políticas de prevenção voltadas tanto para os homens homossexuais, como também é para as pessoas heterossexuais que praticam o sexo anal (GRULICH; ZABLITSKA, 2010).

O estudo de Araújo (2004) analisou o perfil clínico-epidemiológico e a distribuição espacial de casos conhecidos de hepatites B e C na cidade de Manaus e seus resultados mostraram que tanto as relações homossexuais quanto as relações heterossexuais são fatores de risco para ocorrência das hepatites virais, havendo necessidade de investigação sobre multiplicidade de parceiros e a prática de sexo desprotegido.

Houve significância estatística em relação à variável “seleciona parceiro de confiança para a prática sexual”. É importante destacar que esse dado tem relação direta com o pouco uso de preservativo. Estudo realizado no Ceará que tinha como objetivo avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino como medida preventiva às DST/HIV, observou-se que os principais entraves para o uso consistente de preservativo é a confiança na parceria sexual (27,4%), bem como o fato de o homem não concordar em utilizá-lo (25%) (NICOLAU et al., 2012). O uso inconsistente de camisinha foi observado no presente estudo, apesar não ter apresentado significância estatística, identificou-se o risco de 1,93 vezes para infecção pelo HCV na população estudada. Esse dado corroborou com o estudo em população carcerária masculina em Goiás, pois apesar da predominância do uso inconsistente da camisinha na amostra estudada, não apresentou significância estatística ($p=0,407$) e $OR= 1,48$ ($IC95\%-0,65-3,34$) (GONÇALVES, 2005).

O uso de bebida alcoólica antes das relações sexuais foi estatisticamente significativa na população estudada, considerando que o uso de álcool associado ao comportamento sexual mostra ser um fator de risco para disseminação das DST/HIV/Aids. Quando o sexo é praticado sob efeito de álcool, as pessoas tendem a ter múltiplos parceiros e a não utilizar preservativo (CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008). Um estudo com detentas no estado de São Paulo observou que o uso da bebida alcoólica antes da relação, melhora o desejo e o prazer sexual (STRAZZA et al., 2007). Entretanto, não foram encontrados estudos com população privada de liberdade mostrando a associação e o risco do uso de bebidas alcoólicas antes da relação e infecção por DST, pois a maioria aborda a associação com o uso de drogas em geral, principalmente as drogas ilícitas e injetáveis (ROSA et al., 2012; MILLER; BI; RYAN, 2009; VIITANEN et al., 2011; KIRWAN et al., 2011; BUREK et al., 2010; FALQUETTO et al., 2013)

No tocante ao tipo de prática sexual preferida, a vaginal foi a mais relatada entre os presidiários, não obstante, a anal foi bastante citada. Stall et al. (2011) levantam a possibilidade de que o sexo anal desprotegido pode ser um fator de risco comportamental para a transmissão do HCV, particularmente entre os homossexuais com HIV positivo. No sexo

anal há um grande risco de transmissão de DST/HIV, pois o ânus e o reto são recobertos por mucosa rica em vasos sanguíneos que podem sofrer lesões durante a penetração (NICOLAU et al., 2012). No presente estudo, houve associação estatística significativa quanto à prática de sexo vaginal. Outros fatores de risco relacionados a hábitos sexuais parecem contribuir para maior transmissão do HCV, entre eles: maior número de parceiros sexuais, presença de outras doenças de transmissão sexual, baixa adesão ao uso de preservativos, experiências sexuais traumáticas e homossexualismo masculino (MARTINS et al., 2011).

Diante dos inúmeros fatores de risco para a infecção por hepatite C e outras DST, foram investigadas informações com as respectivas fontes dos detentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis identificando associação estatisticamente significativa. As informações relatadas foram: sangue, relações sexuais desprotegidas e compartilhamento de materiais perfurocortantes. Observou-se que poucos participantes do estudo responderam essa questão corroborando com o estudo de França e colaboradores (2000), que constataram o baixo conhecimento dos detentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Na cidade de Passos (Minas Gerais) foi realizado o aconselhamento coletivo sobre DST/Aids e Hepatites virais no presídio e perceberam-se o desconhecimento destes sobre os tipos de DST, formas de transmissão, medidas de prevenção (QUEIROZ et al., 2014).

5.1 Limitações do estudo

Os vieses de informação são passíveis de terem ocorrido, em decorrência da coleta de dados ter ocorrido com a presença de escolta policial para propiciar maior segurança dos entrevistadores, o que pode ter causado inibição nos participantes. Outro viés da pesquisa foi o questionamento de variáveis relacionadas às práticas sexuais, como uso de camisinha, número de parceiros sexuais, tipo de sexo praticado e orientação sexual, além do uso de drogas, frequência de uso, compartilhamento, as quais poderiam levar os entrevistados a alterarem suas respostas, por receio de julgamentos morais, além de revelar práticas exercidas dentro do sistema penitenciário. E, não obstante, os entrevistadores estivessem bem treinados e experientes para mitigar esses erros, certamente a população investigada não se sentiu totalmente à vontade para expor a sua intimidade e a resposta era autodeclarada. A prevalência de hepatite C foi baixa, considerando a população estudada, o que dificultou a análise e discussão dos resultados.

6 CONCLUSÕES

A população estudada, na sua maioria, é constituída por homens, solteiros/separados/viúvos, adultos jovens, de raça/cor parda, com baixa escolaridade e renda.

Apresentam comportamentos de riscos relacionados à infecção pelo HCV, destacando-se o uso de drogas ilícitas, com predominância da maconha, *crack* e cocaína, compartilhamento de material perfurocortante, uso de tatuagens, comportamento sexuais de risco, sobressaindo-se o uso inconsistente de preservativo, uso de álcool antes das relações sexuais, baixo conhecimento sobre hepatite C.

Apesar das práticas de risco identificadas entre os participantes deste estudo, a prevalência de positividade para marcador Anti-HCV (0,3%) foi inferior à estimativa encontrada para população brasileira geral e mundial. As variáveis cor da pele, idade, anos de estudo, uso de drogas ilícitas, transfusão de sangue antes de 1993, uso de seringa de vidro, relação sexual com pessoas do mesmo sexo, seleção do parceiro de confiança, uso de bebidas alcoólicas antes da relação, sexo vaginal e as informações sobre as formas de transmissão da hepatite C, apresentaram-se associadas estatisticamente. A variável “transfusão de sangue antes de 1993” permaneceu estatisticamente associada ao modelo de regressão logística múltipla.

Este estudo também leva à reflexão de que a hepatite C, por ser uma doença de longo curso assintomático e com alto risco de cronicidade, revela-se como um problema relevante no sistema prisional brasileiro, exigindo mais atenção no sentido da produção de conhecimentos e a necessidade do desenvolvimento de novos estudos sobre a temática, que orientem a adoção de medidas efetivas de controle e prevenção.

Diante do exposto, a prática de educação em saúde mostra-se necessária no ambiente prisional, ao tempo em que possibilita novas práticas e atitudes na população carcerária. Nessa perspectiva, entende-se que são de fundamental importância investimentos em ações voltadas para a implementação do Plano Nacional de Saúde Penitenciária no Estado, com foco na educação em saúde e fortalecimento das ações de vigilância em saúde.

REFERÊNCIAS

ALLISON, P. D. **Logistic Regression Using the SAS® System: Theory and Application** SAS Institute & Wiley, 2003.

ALVES, M. R.; et al. Perfil epidemiológico dos casos de hepatite C em uma diretoria regional de saúde da Bahia. **Fundam. Care. online**, v. 6, n. 3, p. 889-896, 2014.

ARAÚJO, A. R. S. **Hepatites B e C em Manaus: perfil clínico-epidemiológico e distribuição espacial de casos conhecidos desde 1997 a 2001**. 2004. 94f. Dissertação (Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública). Universidade Federal do Amazonas. Manaus. 2004.

BAGGALEY, R.F; WHITE, R.G; BOILY, M.C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. **International Journal of Epidemiology**, v. 39, n. 4, p. 1048-1063, 2010. doi:10.1093/ije/dyq057.

BARBOSA, M. L.; et al. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 18, n. 4, 2014.

BARROS, L. A. S.; et al. Epidemiology of the viral hepatitis B and C in female prisoners of Metropolitan Regional Prison Complex in the State of Goiás, Central Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba, v. 46, n. 1, p. 24-29, 2013.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília (DF), 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de exposição ocupacional: recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico HIV, Hepatites B e C**. Normas do Programa Nacional DST/AIDS. Brasília; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais: o Brasil está atento**. 3. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Material instrucional para capacitação em vigilância epidemiológica das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Justiça. Sistema Penitenciário do Brasil. **Informações Penitenciárias**: dados consolidados. Brasília: Ministério da Justiça, 2008d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Universidade de Pernambuco. Núcleo de Pós-Graduação. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**. Relatório de Pesquisa, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Hepatites Virais**. Ano III, n. 01. Brasília, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**: Resolução 466/2012. Brasília, 12 dez. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções: manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 de HCV e fibrose avançada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Atenção Básica. **Portaria nº 482, de 01 de abril de 2014**. Institui normas para a operacionalização da 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 União. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Hepatites Virais**. Ano IV, n. 01. Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfeções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRUM, R. S.; et al. Prevalência de hepatite C na população carcerária do centro prisional do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 1, p. 31-36, 2014.

BURATTINI, M. N. **Apresentação do Modelo Matemático de Hepatites**. Reunião de Vigilância Epidemiológica de HIV/ Aids. Brasília, 2014.

BUREK, V.; et al. Viral hepatitis B, C and HIV infection in Croatian prisons. **Epidemiol. Infect.** v. 138, n. 1, p. 1610–1620, 2010.

CARDOSO, L. R. D.; MELBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo do álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/ HIV/ Aids. **Rev. Psiq. Clin.** v. 35, supl. 1, p. 70-75, 2008.

CARVALHO, M. L.; et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006.

CARVALHO, S. M. L. **Soroprevalência da infecção pelo vírus da hepatite b em usuários de crack no Piauí**. 2013, 76f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, 2013.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the Identification of Chronic Hepatitis C Virus Infection Among Persons Born During 1945–1965. **MMWR**. EUA, v. 61, n.4, 2012.

COELHO, H. C.; et al. Predictive markers for hepatitis C virus infection among Brazilian inmates. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 42, n. 4, p. 369-72, 2009a.

COELHO, H. C.; et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 124-131, 2009b.

CORRÊA, S.; BORGES, P. K. O. Hepatite C: aspectos epidemiológicos e clínicos de uma doença silenciosa. **Interbio**, Mato Grosso do Sul, v. 2, n. 1, p. 29-34, 2008.

DIUANA, V.; et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1887-1896, ago, 2008.

DOLAN, K.; et al. Presence of hepatitis C virus in syringes confiscated in prisons in Australia. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**. v. 24, n. 1, p. 1655–1657, 2009.

DOLAN, K.; et al. Incidence and risk for acute hepatitis C infection during imprisonment in Australia. **Eur. J. Epidemiol.** v. 25, n. 1, p.143–148, 2010.

ESPÍRITO SANTO, A. P.; FERNANDEZ, J. C. Criminalidade sob a ótica do presidiário: o caso da penitenciária Lemos Brito, na Bahia. **Revista Desenhahia**. v. 1, n. 9, p. 233-258, 2008.

FAGUNDES, G. D.; et al. Detecção do vírus da Hepatite C em uma população de adultos. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 3, 2008.

- FALQUETTO, T. C.; et al. Hepatitis C in prisoners and non-prisoners in Colatina, Espírito Santo, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 737-744, 2013.
- FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 473-478, 2004.
- FIGUEIREDO, R. M.; PIAI, T. H. Hepatite C e enfermagem: revisão de literatura. **Rev. Miner. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 86-89, 2007.
- FRANÇA, A. C. N.; et al. Conhecimento dos presidiários sobre as DST/ HIV e Aids e medidas de prevenção, num sistema penitenciário. **DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm.** v. 12, n. 2, p. 13-18, 2000.
- GARDENAL, R. V. C.; et al. Hepatite C e gestação: análise de fatores associados à transmissão vertical. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v. 44, n. 1, p. 43-47, jan-fev, 2011.
- GARSON, G. D. Multiple Regression, de *Statnotes: Topics in Multivariate Analysis*. 2010. Acesso em 29/10/2014 de <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>.
- GOIS, S. M.; et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012.
- GONÇALVES, K. K. **História de vida e situação de saúde no ambiente prisional de Goiás: estudo da prevalência de Hepatite C em detentos**. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Universidade Católica de Goiás. Goiânia. 2005.
- GRULICH A.E.; ZABLOTSKA I. Commentary: Probability of HIV transmission through anal intercourse. **Int. J. Epidemiol.** v. 39, n. 4, p. 1064-1065, 2010. doi: 10.1093/ije/dyq101.
- HENNESSEY, K. A.; et al. Prevalence of Infection with Hepatitis B and C Viruses and Co-infection with HIV in Three Jails: a case for viral hepatitis prevention in Jails in the United States. **J Urban Health**. v. 86, n. 1, p. 93-105, 2009.
- HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**, 2 ed. New York: Wiley, 2000.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: **Características Gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, p. 1-125, 2010.
- JURGENS, R.; BALL, A.; VERSTER, A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. **Lancet Infect Dis**. v. 9, n. 1, p. 57–66, 2009.
- KHEIRANDISH, P.; et al. Prevalence and Correlates of Hepatitis C Infection among Male Injection Drug Users in Detention, Tehran, Iran. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 86, n. 6, p. 902-908, 2009.

KING, G.; ZENG, L. Logistic Regression in Rare Events Data. **Political Analysis**. v. 9, n. 2, p. 137–163, 2001. Disponível em: <http://gking.harvard.edu/files/abs/0s-abs.shtml>.

KIRWAN, P.; et al. Hepatitis C and B testing in English prisons is low but increasing. **Journal of Public Health**, v. 33, n. 2, p. 197–204, 2011.

KOSTIC, V.; et al. Hepatitis C viral infection among prisoners. **Vojnosanit Pregl**. v. 70, n. 11, p. 1006–1009, 2013.

LAVANCHY, D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. **Clinical microbiology and infection**. V. 17, n. 2, p. 107-115, 2011.

LLANES, M. S.; et al. Aspectos moleculares de la respuesta antiviral contra el virus de la hepatitis C importantes para el desarrollo de vacuna. **Enferm Infecc Microbiol Clin**. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.12.012>. Acesso 15/09/2014.

LIMA JÚNIOR, F. **Uso e Interpretação dos Testes Sorológicos para o Diagnóstico da Hepatite por Vírus C (HCV): Análise dos Resultados Obtidos na Triagem Sorológica de Duas Unidades do Hemocentro São Lucas Durante o Período de Janeiro de 2000 a Agosto de 2004**. 2006. 43f. Monografia (Especialização em Imunologia). Academia de Ciência e Tecnologia. São Paulo. 2006.

LOPES, C. L. R.; et al. Prevalência, fatores de risco e genótipos da hepatite C entre usuários de drogas. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. Supl. 1, p.43-50, 2009.

LUCIANI, F.; et al. A prospective study of hepatitis C incidence in Australian prisoners. **Addiction**. v. 109, n. 1, p. 1695–1706, 2014.

MAERRAWI, I. E. **Estudo dos fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis e suas prevalências em população carcerária de São Paulo**. 2012. 212f. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina. São Paulo. 2012.

MALLET, V.; VALLET-PICHARD, A. POL, S. New trends in hepatitis C management, **Presse Med**. v. 39, p. 446-451, 2010.

MANDELL, G.; BENNETT, J.; DOLIN, R. **Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases**. 7. ed., v.1, Philadelphia, USA: Elsevier, 2010.

MARCO, A.; et al. Hepatitis C virus reinfection among prisoners with sustained virological response after treatment for chronic hepatitis C. **J Hepatol**. v. 59, n. 1, p. 45-51, 2013.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 5, p. 1112-1120, 2008.

MARTINS, T.; et al. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 107-112, 2011.

MATIDA, L. H.; et al. **Relatório Preliminar “O HIV e a Sífilis no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo”**. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 2013. 40p.

MEDEIROS, M. T. G.; et al. Prevalência e fatores associados à hepatite C em pacientes de hemodiálise. **Rev. Saúde Pública**. v. 38, n. 2, p. 187-193, 2004.

MESQUITA FILHO, M.; LIBÂNIO, B. M. AIDS e as atividades de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) segundo seus usuários. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, Set., 2013.

MILLER, E. R.; BI, P.; RYAN, P. Hepatitis C virus infection in South Australian prisoners: seroprevalence, seroconversion, and risk factors. **International Journal of Infectious Diseases**. v. 13, n.1, p. 201-208, 2009.

NICOLAU, A. I. O.; et al. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 46, n. 3, p. 711-719, 2012.

NOKHODIAN, Z.; et al. Soroprevalence and risk factors of hepatitis C virus among juveniles in correctional Center in Isfahan, Iran. **Int. J. Prev. Med**, v. 3, suppl. 1, march. 2012.

OLIVEIRA, de A. C.; et al. Association between age at diagnosis and degree of liver injury in hepatitis C. **Braz J Infect Dis**. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2014.04.003>. Acesso em 10/09/2014.

PASSADOURO, R. Prevalência e fatores de risco das infecções por VIH, Hepatite B e C num estabelecimento prisional de Leiria. **Acta Méd Port**, v. 17, p. 381-384, 2004.

PERZ, J. F.; et al. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. **J. Hepatol.**, v. 45, n. 4, p.529-538, 2006.

PIAUI. Secretaria de Saúde do Estado. **Relatório de Gestão**. Teresina: Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde, 2011, 102p.

PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria da Justiça e de Direitos Humanos. **Plano de Atenção a Saúde do Sistema Penitenciário do Estado do Piauí – POE**. Relatório, 74p. Teresina, 2013.

POMPILIO, M. A.; et al. Prevalence and epidemiology of chronic hepatitis C among prisoners of Mato Grosso do Sul State, Brazil. **The Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases**. Botucatu, v. 17, n. 2, p. 216-222, 2011.

QUEIROZ, C. A.; et al. Riscos para vírus da Imunodeficiência humana e hepatites dos privados de liberdade. **Rev. enferm. UFPE online**. Recife, v. 8, supl. 1, p. 2375-2381, 2014.

REIS, C. B.; BERNARDES, E. B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3331-3338, 2011.

RODRIGUES NETO, J.; et al. Prevalência da hepatite viral C em adultos usuários de serviço público de saúde do município de São José dos Pinhais - Paraná. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 627-638, Sept. 2012.

ROSA, F. da; et al. Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 58, n. 5, p. 557-560, 2012.

SÁ, L. C. de; et al. Soroprevalência da Hepatite C e fatores associados em usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 1195-1202, nov-dez, 2013.

SANTOS, B. F. O.; SANTANA, N. O.; FRANCA, A. V. C. Prevalence, genotypes and factors associated with HCV infection among prisoners in Northeastern Brazil. **World J Gastroenterol**. Texas, v. 17, n. 25. P. 3027-3034, 2011.

SCHUELTER-TREVISOL, F.; et al. Prevalência do vírus da Hepatite C entre contatos domésticos. **Arq. Catarin. Med.** v. 41, n. 2, p. 09-14, 2012.

SÊCCO, I. A. O.; et al. Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. **Rev Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 5, 2008.

SESAPI – Secretária de Saúde do Estado do Piauí. **Relatório sobre Hepatites virais**. SESAPI: Coordenação de Vigilância Epidemiológica. 2012.

SESAPI – Secretária de Saúde do Estado do Piauí. **Relatório sobre Hepatites virais**. SESAPI: Coordenação de Vigilância Epidemiológica. 2015.

SHEPARD, C. W.; FINELLI, L.; ALTER, M. I. Global epidemiology of hepatitis C vírus infection. **Lancet infec. Dis**, v. 5, n. 1, p. 558-567, 2005.

SMITH, B. D.; et al. Centers for Disease Control and prevention initiatives to prevent Hepatitis C vírus infection: a seletive update. **Clinical Infections Diseases**. v, 56, suppl. 1, p. 549-553, 2012.

SNOW, K. J.; et al. Incidence and correlates of hepatitis C vírus infection in a large cohort of prisoners who have injected drugs. **BMC Public Health**. v. 14, n. 1, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. **Consenso sobre a Hepatite C crônica da Sociedade Brasileira de Hepatologia**. 2014. 19p.

SOUSA, V. V.; CRUVINEL, K. P. S. Ser portador de Hepatite C: sentimentos e expectativas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 689-695, 2008.

SOUZA, M. O. S.; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 12, n. 3, p. 417-423, 2008.

SORATTO, M. T.; ZACCARON, R. C. Dilemas éticos enfrentados pela equipe de enfermagem no programa DST/HIV/AIDS. **Revista BIOETHIKOS – Centro Universitário São Camilo**, v. 4, n. 3, p. 332-336, 2010.

STALL, R.; et al. Do rates of unprotected anal intercourse among HIV-positive MSM present a risk for hepatitis C transmission? **Sex. Transm. Infect.**, Londres, v.87, p.439-41, 2011.

STRAUSS, E. Hepatite C. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v. 34, n. 1, p. 69-82, jan-fev, 2001.

STRAZZA, L.; et al. Comportamento sexual e infecção pelo HIV e HCV em detentas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 197-205, jan. 2007.

STROCK, P. et al. Access to Treatment of Hepatitis C in Prison Inmates. **Dig. Dis. Sci.** v.54, n. 1, p.1325–1330, 2009.

SWADLING, L.; et al. A human vaccine strategy based on chimpanzé adenoviral and MVA vectors that primes, boosts, and sustains functional HCV-specific T cell memory. **Scitransl. Med.** v. 6, p. 1-17, 2014.

TAYLOR, A.; et al. Low incidence of hepatitis C virus among prisoners in Scotland. **Addiction**, v. 108, n. 1, p.1296–1304, 2013.

TE, H. S.; JENSEN, D. M. Epidemiology of Hepatitis B and C Viruses: A Global Overview. **Clin. Liver. Dis.**, EUA, v.14, n.1, p.1-21, 2010.

TEIXEIRA, R.; MARTINS FILHO, O. A.; OLIVEIRA, G. C. **Hepatite C**: aspectos críticos de uma epidemia silenciosa. Belo Horizonte: COOPMED/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 212p.

TEUTSCH, S.; et al. Incidence of primary hepatitis C infection and risk factors for transmission in an Australian prisoner cohort. **BMC Public Health.** v. 10, n. 1, p. 1-9, 2010.

VIITANEN, P.; et al. Hepatitis A, B, C and HIV infections among Finnish female prisoners--young females a risk group. **Journal of Infection.** v. 62, n. 1, p. 59-66, 2011.

VILELA, M. P.; et al. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a15.htm>. Acesso em: 19/04/14.

WHO – World Health Organization. **Hepatitis C**. Genebra: WHO, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/Hepc.pdf>. Acesso em: 25/11/14.

WHO – World Health Organization. **Hepatitis C**. Genebra: WHO, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/Hepc.pdf>. Acesso em: 05/03/15.

ZATTI, C. A.; DAZZI, M. C. Notificações de casos de hepatite C no Brasil no período de 2009 a 2012. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** v. 6, n. 1, p. 17-21, 2014.

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

PREVALÊNCIA DE DST E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NO SISTEMA PRISIONAL DE UM ESTADO DO NORDESTE

FORMULÁRIO

Formulário Nº |_____|

Iniciais: _____

Data da Entrevista: / /

Sexo: !____!

Nome do Entrevistador(a): _____

Nome/ Município da Unidade Prisional: _____

PARTE 1 – DADOS PESSOAIS

Eu vou iniciar o questionário com algumas perguntas sobre o Sr. e sua família

1. Você é natural de qual estado?	!_!
2. Em qual estado/município você tem residência?	!_!
3. Quantos anos você tem?	!_!
4. Observar a cor do participante: 1- branca 2-negra 3-amarela 4-mista/mestiça/parda 5-outra	!_!
5. Qual é a sua situação conjugal? 1-solteiro 2-casado/amigado/vive com companheira 3-Separado 4-viúvo	!_!
6. Você tem filhos? 1-Sim 2- Não	!_!
7. Caso sim, quantos?	!_!
8. Você freqüentou escola? 1- Não 2- Sim	!_!
9. Caso sim, até que série estudou? 1. fundamental incompleto (1ª a 4ª série do antigo primário) 2. fundamental completo (4ª a 8ª série do antigo ginásial) 3. médio incompleto (segundo grau incompleto ou técnico incompleto) 4. médio completo (segundo grau completo ou técnico completo) 5. superior incompleto 6. superior completo ou mais	!_!
10. Qual a sua renda mensal ? (em salário mínimo)	!_!
11. Qual é sua renda familiar atual (SM)(ou seja, somando os rendimentos de todos os membros dos seus familiares)? (...). não sabe informar	!_!
12. Você tem plano de saúde? 1-Sim 2- Não	!_!
13. Qual a sua religião? 1.Católica 2.Evangélica 3.Nenhuma 4.Espírita 5.Outra: especificar _____	!_!

PARTE 2– DADOS RELACIONADOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Gostaria de continuar contando com a sua colaboração e lhe fazer novas perguntas e ao mesmo tempo dizer que não se preocupe com as respostas, pois serão utilizadas apenas no âmbito da pesquisa.

1. Você faz ou fez uso de algum tipo de bebida alcoólica? 1.Sim 2. Não (Caso não, pular para a questão 5)	!_!
2. (Caso sim), enumere, por ordem de consumo qual(is) as bebidas alcoólicas utilizadas com mais frequência: 1.Cerveja 2. Cachaça 3. Whisky 4.Vodca 5.Rum 6.Conhaque 7.Vinho 8. Outra: qual? _____ (pode responder mais de uma)	!_!
3. Com que frequência você faz ou fez uso de bebida alcoólica, em média? 1.Diariamente 2.1 vez por semana 3. 2 a3 vezes por semana 4. 4 a 5 vezes por semana 5. Outra: _____	!_!
4. Há quanto tempo você faz ou fez uso de bebida alcoólica: 1.1 a 5 anos 2. 6 a 10 anos 3. 11 a 15 anos 4.mais de 16 anos	!_!
5. Você utiliza(va) algum tipo de droga ilícita? 1. Sim 2. Não (Caso não, pular para a parte 3)	!_!
6. Caso sim, qual a droga que você mais utiliza(va): 1. Anfetaminas “arrebites” 2.Crack 3.Cocaína4.Maconha 5.Anabolizantes 6.Ansiolíticos 7.Outros: especificar _____ (resposta múltipla)	!_!
7. Com relação à esta droga, marque com que frequência você utiliza(va), em média? 1.Diariamente 2.uma vez por semana 3.2 a 3 vezes por semana 4. 4 a 5 vezes por semana 5. outra: especificar: _____	!_!

PARTE 3–DADOS RELACIONADOS À EXPOSIÇÃO PARENTERAL

1. Você fez transfusão de sangue antes de 1993? 1. Sim, ano: _____ 2.Não	!_!
2. Você já fez alguma cirurgia? 1.Sim 2.Não	!_!
3. Caso sim, qual? _____ E em que ano? _____	
4. Você já fez uso de gluconergan? (Explicar ao sujeito de que se trata) 1. Sim, ano: _____ 2. Não	!_!
5. Você compartilha ou já compartilhou material cortante? (Explicar ao sujeito: material de manicure e pedicure e/ou lâminas de barbear) 1.Sim 2.Não	!_!
6. Você já fez tatuagem? 1. Sim, ano: _____ 2. Não	!_!
7. Você já colocou piercings? 1. Sim, ano: _____ 2. Não	!_!
8. Você fez ou faz uso de droga injetável? 1.Sim 2.Não	!_!
9. Caso sim, você já fez uso frequente de seringas de vidro? 1.Sim, ano: _____ 2.Não	!_!

PARTE 4 –DADOS RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL

Antes de concluir esta entrevista, vamos lhe fazer algumas perguntas de caráter mais íntimo e que são fundamentais para esta pesquisa, por favor não se ofenda com o estilo das perguntas

1. Você costuma ter relações sexuais: 1. somente com mulheres 2. somente com homens 3. não importa ser do sexo feminino ou masculino	!_!
2. Você, atualmente, tem apenas um(a) parceiro(a) sexual? 1 Sim 2. Não	!_!
3. Você teve em média quantos(as) parceiros (as) sexuais nos últimos 6 meses _____	!_!
4. Você seleciona com quem transar? 1.Sim 2. Não	!_!
5. Caso sim, como faz esta seleção? _____	
6. Usa camisinha nas suas relações sexuais casuais? 1. Sempre 2. Nunca 3. Às vezes	!_!
7. Caso não, porque não usa? 1. Não gosta 2. Nem sempre tem camisinha 3. Acredita na proteção divina 4.Só transa com mulheres “limpas” 5. Outros: especificar _____	!_!
8. Caso use bebida alcoólica, você costuma(va) beber antes das relações sexuais? 1 Sim 2 Não	!_!
9. Caso use droga, você costuma(va) utilizar antes das relações sexuais? 1 Sim 2 Não	!_!
10. Que tipo de sexo você pratica? 1. Vaginal 2. Anal 3 Oral(resposta múltipla)	!_!

PARTE 5 – DADOS RELACIONADOS À INFORMAÇÃO SOBRE DST's (HIV/Aids, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis)

Com estas perguntas nós finalizamos a nossa entrevista

1. Você tem alguma informação sobre HIV/aids? 1. Sim 2. Não	!_!
2. Você sabe como o HIV é transmitido? 1. Sim 2. Não 3. Em parte	!_!
3. Caso sim, como é? 1. Sangue 2. Relações sexuais desprotegidas 3.T.vertical 4.Pelo abraço 5. Outros: especificar_____ (Resposta múltipla. Não ler as alternativas)	!_!
4. Você tem alguma informação sobre hepatite B? 1. Sim 2 Não	!_!
5. Você sabe como o vírus da hepatite B é transmitido? 1. Sim 2. Não 3. Em parte	!_!
6. Caso sim, como é? 1. Sangue 2. Relações sexuais desprotegidas 3.T.vertical 4.Pelo abraço 5. Outros: especificar_____ (Resposta múltipla. Não ler as alternativas)	!_!
7. Você sabe se existe vacina contra hepatite B? 1. Sim 2 Não	!_!
8. Você tem alguma informação sobre hepatite C? 1. Sim 2 Não	!_!
9. Você sabe como o vírus da hepatite C é transmitido? 1. Sim 2. Não 3. Em parte	!_!
10. Caso sim, como é? 1. Sangue 2. Relações sexuaisdesprotegidas 3. Compartilhar materiais perfurocortantes 4. Outros: especificar_____ (Resposta múltipla. Não ler as alternativas)	!_!
11. Você tem alguma informação sobre sífilis? 1. Sim 2 Não	!_!
12. Você sabe como a sífilis é transmitida? 1. Sim 2. Não 3. Em parte	!_!
13. Caso sim, como é? 1. Sangue 2. Relações sexuais desprotegidas 3.T.vertical 4.Pelo abraço 5. Outros: especificar_____ (Resposta múltipla. Não ler as alternativas)	!_!
14. Qual foi a fonte de informação? 1. televisão 2. serviço de saúde 3. leitura 4. Internet 5.Outra especificar_____ (resposta múltipla)	!_!
15. Você teve alguma DST na vida? 1. Sim 2 Não Caso sim, Qual?_____	!_!
16. Você sabe como prevenir DST? 1. Sim 2 Não	!_!
17. Caso sim, como é?_____	
18. Você tem medo de pegar DST? 1. Sim 2 Não	!_!
19.Caso sim, Por quê?_____	

Muito Grata pela sua colaboração. Estamos à disposição para algum esclarecimento.

RESULTADO DO TESTE-RÁPIDO PARA HIV:_____

RESULTADO DO TESTE-RÁPIDO PARA HEPATITE B:_____

RESULTADO DO TESTE-RÁPIDO PARA HEPATITE C:_____

RESULTADO DO TESTE-RÁPIDO PARA SÍFILIS:_____

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Prevalência de DST e fatores de risco associados no sistema prisional de um Estado do Nordeste

Pesquisador responsável: Telma Maria Evangelista de Araújo

Instituição/ Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 3215-5559

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: “Prevalência de DST e fatores de risco associados no sistema prisional de um Estado do Nordeste”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Também esclarecemos que a qualquer momento você terá o direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo na sua etapa final, sem nenhum ônus ou prejuízos.

Objetivo do estudo: Investigar a prevalência de DST e fatores de risco associados em internos de presídios do Piauí.

Justificativa: Estudar o comportamento das DST em unidades prisionais torna-se relevante à saúde pública, uma vez que os seus detentos poderão contribuir para a disseminação dessas infecções. O estudo auxiliará na elaboração de estratégias no enfrentamento aos problemas encontrados.

Procedimentos: Sua participação consistirá no preenchimento do formulário, respondendo às perguntas formuladas que abordam sobre seus dados pessoais, comportamento de risco e informações sobre DST. Além disso, a sua participação também deverá ocorrer por meio da coleta de uma pequena quantidade de sangue para realização do teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV, sífilis, hepatite B e C através de punção em polpa digital.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, além de beneficiar, diretamente, o sujeito. Caso o resultado seja REAGENTE, você será orientado sobre o tratamento e encaminhado ao Serviço de Atendimento Especializado Estadual. Caso seja NÃO-REAGENTE, você receberá orientações de prevenção para DST/AIDS.

Riscos: O preenchimento deste formulário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Algumas perguntas de ordem pessoal podem trazer certo desconforto, mas elas são utilizadas apenas no âmbito da pesquisa. Informamos também que em qualquer etapa do estudo, se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer outra informação, você terá garantia de acesso a profissional responsável pelo estudo: Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo, a qual trabalha no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Telefones para contato: (86) 3215-5559. Endereço para correspondência: Av. Petrônio Portela, S/N – Campus Ininga. Departamento de Enfermagem. Teresina/PI CEP 64049-550. Com relação à coleta do sangue, embora a picada da lanceta traga um pequeno desconforto, não haverá riscos, considerando que o material a ser utilizado é rigorosamente esterilizado, as lancetas e pipetas são descartáveis e os coletadores são enfermeiros habilitados na técnica, com experiência em punção digital.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados dessa pesquisa forem divulgados.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF _____, Abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Prevalência de DST e fatores de risco associados no sistema prisional de um Estado do Nordeste”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Local de data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI tel.: (86) 3215-5737 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE DST EM INTERNOS NO SISTEMA PRISIONAL DE UM ESTADO DO NORDESTE

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17610613.4.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 345.469

Data da Relatoria: 19/06/2013

Apresentação do Projeto:

Um dos grandes problemas de saúde na contemporaneidade é o elevado índice das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o que vem acarretando grande motivo de preocupação na área da saúde. O DST é importantes causas de doença aguda, infertilidade, incapacidade e morte. Estima-se que ocorram, anualmente, cerca de 340 milhões de casos novos de DST em todo o mundo, sendo de 10 a 12 milhões no Brasil (WHO, 2001). Segundo Carret et al. (2004), essas infecções ocorrem, principalmente, em adultos jovens de países em desenvolvimento, sendo normalmente associadas a fatores de ordem sociocultural. Entretanto, também têm sido observadas em alguns estudos, que mesmo em países em desenvolvimento e desenvolvidos, determinadas circunstâncias induzem a atitudes que favorecem as DSTs. Na busca de determinar a prevalência de DST a pesquisa será realizada de forma quantitativa, descritiva, do tipo transversal com 12 unidades prisionais do Piauí, das quais cinco são situadas em Teresina. De acordo com a Secretaria de Justiça do Estado existem 3.217 internos em cumprimento de pena nos regimes fechado, semi-aberto ou aberto. Destes 3.035 são do sexo masculino e 182 do sexo feminino. Deste total 544 internos participarão de duas etapas do estudo, sendo que na primeira realizar-se-á entrevista por meio da utilização de formulário anônimo, contendo questões predominantemente fechadas relacionadas às variáveis em estudo. A

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cen.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 345.469

segunda etapa será realizado um testes rápido pelo método da imunocromatografia para detecção de anticorpos para Hepatite B (HBsAg), Hepatite C (HCV), Sífilis (treponêmico) e anticorpos Anti-HIV 1 e 2. Ambas as etapas serão realizadas em locais apropriados, no próprio presídio, de modo a respeitar a individualidade de cada um.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é investigar a prevalência das DST e fatores associados em internos de presídios do Piauí, no qual serão caracterizados os aspectos sócio-demográficos, investigará os fatores de riscos associados às DST, identificará práticas sexuais (uso de preservativos, parcerias sexuais) e exposição ao risco parenteral, levantará as dificuldades e/ou facilidades relacionadas às práticas de prevenção às DSTs, identificará as informações da amostra relacionadas à transmissão das DSTs e realizará um levantamento de soroprevalência de infecção pelo HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis na amostra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são descrito no TCLE no qual informa que algumas perguntas de ordem pessoal podem trazer certo desconforto e que a coleta do sangue, embora a picada da lanceta traga um pequeno desconforto, não haverá riscos, considerando que o material a ser utilizado é rigorosamente esterilizado, as lancetas e pipetas são descartáveis e os coletadores serão enfermeiros, com experiência em punção digital. Com relação aos benefícios é grande, pois será identificado da real situação de vulnerabilidade dessa população e os fatores de risco que mais a predisõem às DST, mas principalmente o fato de estarmos proporcionando o diagnóstico precoce de doenças responsáveis por alta mortalidade ou que tem grande potencial de cronicização, como as hepatites B e C, e, ainda pela garantia do encaminhamento dos casos positivos para os serviços de referência do estado, onde há será efetivado o tratamento e acompanhamento. Todo este fluxo já está pré-estabelecido e acordado com a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal que será no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, pela própria autora juntamente com uma equipe de pesquisadores de campo, composta por enfermeiros, especificamente treinados em testagem e aconselhamento em DST/Aids no qual serão investigadas através de questionário as variáveis: idade, sexo, estado civil,

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

Continuação do Parecer: 345.469

cor, escolaridade, profissão, estado civil, filhos, renda, religião, uso de álcool e outras drogas, padrão do uso, informações sobre as DST, práticas e parceiros sexuais, exposição de risco parenteral. Os resultados do teste rápido para HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis será registrado no questionário. O pesquisador responsável tem experiências adequadas à realização do projeto, como atestado pelo currículo Lattes apresentado. A metodologia apresentada é consistente e descreve os procedimentos para realização da coleta e análise dos dados. O protocolo de pesquisa não apresenta conflitos éticos estabelecidos na Res. 196-96 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram todos apresentados, conforme estabelecido na Resolução 196-96 do CNS. Nenhuma consideração foi observada

Recomendações:

No projeto e no TCLE contem as informações dos riscos e benefícios para os participantes deste estudo e os termos obrigatórios foram apresentados conforme as exigências da Resolução 196-96 do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta dentro das exigências da Resolução 196-96 do CNS e não apresenta nenhuma pendência.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 345.469

TERESINA, 17 de Julho de 2013

Assinador por:

Alicione Corrêa Alves
(Coordenador)

Prof. Dr. Alicione Corrêa Alves
Coordenador CEPIUFPI
Portaria PRPPG Nº 16/2012
SIAPE 1637105

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br