

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Denicy de Nazaré Pereira Chagas

**Representação social de mulheres privadas de liberdade sobre tuberculose e
HIV/Aids**

Juiz de Fora

2023

Denicy de Nazaré Pereira Chagas

**Representação social de mulheres privadas de liberdade sobre tuberculose e
HIV/Aids**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Chagas, Denicy de Nazaré Pereira .
Representação social de mulheres privadas de liberdade sobre tuberculose e HIV/Aids / Denicy de Nazaré Pereira Chagas. -- 2023. 143 f. : il.

Orientadora: Girlene Alves da Silva
Coorientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Prisões. 2. Mulheres. 3. Tuberculose. 4. HIV. 5. Representação Social. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Leite, Isabel Cristina Gonçalves, coorient. III. Título.

Denicy de Nazaré Pereira Chagas

Representação Social de Mulheres Privadas de Liberdade Sobre Tuberculose e HIV/AIDS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 13 de fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Girlene Alves da Silva - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.ª Dra. Elizabete Pimenta Araújo Paz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.ª Dra. Erika Andrade e Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Geovana Brandão Santana Almeida

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Angélica da Conceição Oliveira Coelho

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Renata Antonácio

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Ana Cristina de Lima Pimentel

Universidade Federal de São João Del-Rei

Prof. Dr. Sérgio Henrique de Oliveira Botti

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Juiz de Fora, 06/02/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Girlene Alves da Silva, Professor(a)**, em 13/02/2023, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Geovana Brandao Santana Almeida, Professor(a)**, em 13/02/2023, às 16:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erika Andrade e Silva, Professor(a)**, em 13/02/2023, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Goncalves Leite, Professor(a)**, em 13/02/2023, às 16:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA, Usuário Externo**, em 14/02/2023, às 09:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **ELISABETE PIMENTA ARAUJO PAZ, Usuário Externo**, em 15/02/2023, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1140346** e o código CRC **27801353**.

AGRADECIMENTOS

Escrever algumas linhas de agradecimento, é um momento de grande emoção. Vem à memória a trajetória vivida intensamente ao longo desses anos e os desafios diários. Foi possível dar novo significado a vida profissional, pessoal e de cidadã, proporcionado pelos novos encontros, sofrimentos e superações.

Venho agradecer a Deus pela vida, misteriosa e sensível, e por ser tão bonito sentir seu amor nos pequenos detalhes e cuidados diários, especialmente, nos sorrisos e acolhimentos que encontramos ao longo do caminho.

À minha mãe, sinônimo de proteção, amor e coragem. Obrigada por estar sempre presente e ser força nas horas de fraqueza. Obrigada por me ensinar o valor da vida, da humildade e doação. Amor eterno, amor maior!

Obrigada aos meus irmãos Deisy, Denys e Debryos, que são companheiros de todas as horas. E as cunhadas e sobrinho Denner, pela extensão desse cuidado.

Obrigada a todos os mestres que tive a oportunidade de conhecer e aprender. Em especial, à minha orientadora Professora Dra Girleene, inspiração dos tempos da graduação, concretizando no doutorado, obrigada por aceitar a vivenciar esse momento tão significativo em minha vida e por todos os conselhos e conhecimentos compartilhados. À minha coorientadora Dra Isabel, professora vivaz, que nos instiga ao conhecimento de forma tão intensa. E aos membros da banca, por participarem comigo e doarem um pouco dos seus conhecimentos.

Agradeço aos professores da banca, por disponibilizarem seu tempo e colaborarem de forma tão rica com esse trabalho.

Agradeço aos irmãos de coração e de alma, que os chamo de amigos. Tão necessários na vida e que doam seu tempo e presença sem nada cobrar. Gratidão às amigas Lilian e Luiza, não sei se quer, expressar o tamanho da importância de vocês nesse momento. Com certeza, a vitória é nossa! E a todos colegas e amigos que se fortaleceram ao longo desse período, que se farão eternos, especialmente, Héliida, Franciane, Laércio, Luiz Carlos, Érika, Natália e Alexandre. Como foi bom viver esse momento com vocês! Obrigada pelo apoio, paciência e por estarem tão presentes.

Gratidão eterna, aos profissionais, colegas de trabalho e amigos que conquistei ao percorrer o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Infantil, Vigilância Epidemiológica, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviço de

Acolhimento Especializado (SAE), Hospital de Pronto Socorro (HPS) e a Secretaria de Saúde (SS) da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF). E, meu muito obrigada aos profissionais da Penitenciária pelo apoio sem medidas, sem vocês não seria possível a realização desse projeto.

Agradeço aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela oportunidade de ser bolsista no primeiro ano do curso.

E às mulheres privadas de liberdade, que sofrem na pele as dores da desigualdade e exclusão, a insanidade do preconceito e a força bruta do machismo, deixo meu eterno obrigada, por participarem da pesquisa de forma tão intensa e permitirem enxergar de forma tão concreta a importância do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Enfim, deixo aqui, meu agradecimento a todos. Vivemos nos últimos tempos momentos difíceis, que nos possibilitaram a ver a grandiosidade da Ciência e da Pesquisa. Assim, a nossa luta não pode, e não vai parar! Viva o SUS!

Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. (SANTOS, 2003, p. 56).

RESUMO

Objetivo: analisar as Representações Sociais que as mulheres privadas de liberdade produzem sobre a Tuberculose e HIV/Aids. Método: pesquisa qualitativa, de carácter exploratório e descritivo com aporte na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais. O cenário do estudo foi uma unidade prisional da Zona da Mata Mineira. Participaram 68 mulheres privadas de liberdade. Não houve recusa de nenhuma participante. Foram critérios de inclusão: mulher privada de liberdade, ≥ 18 anos, independente da etnia ou raça, religião, convicção política, condição econômica. Os dados foram coletados entre 01 outubro a 20 de dezembro de 2021, por meio de um roteiro construído com base no protocolo nacional para investigação e controle das doenças infectocontagiosas, no núcleo de saúde e no pavilhão feminino da unidade. No primeiro momento, utilizou-se um questionário semiestruturado que identificou as características sociodemográficas, comportamentais e história de saúde. Posteriormente, valeu-se da técnica projetiva, realizada através de palavras previamente selecionadas, inerentes ao conceito científico dos termos indutores: saúde; cuidado; tuberculose; e HIV/Aids, sendo cada termo apresentado por 12 palavras específicas. Durante as escolhas das palavras pelas mulheres, elas foram explicando e justificando suas opções. E por fim, utilizou-se um roteiro semiestruturado baseado na técnica da entrevista aberta, onde se buscou apreender as Representações do processo saúde-cuidado e os significados atribuídos à Tuberculose e HIV/Aids pelas mulheres privadas de liberdades. As entrevistas foram transcritas na íntegra, no momento da coleta, uma vez que não foi possível a entrada de gravador. A análise de caracterização das participantes, foi baseada na frequência absoluta e relativa com o apoio do SPSS versão 26. Os dados advindos da técnica projetiva, foram digitados em planilha Excel e analisados por meio do programa estatístico Estatística. E as entrevistas, foram lidas e relidas de forma atenta e exaustivas, selecionando as Unidades de Registros, sendo agrupadas em Unidades de Significação e definindo-as em categorias conceituais segundo reagrupamento analógico das unidades de registros conforme as três etapas da análise de conteúdo temático-categorial. Foram categorias discursivas: 1) Concepções do Processo de saúde-doença e as relações de (auto)cuidado compartilhados socialmente e; 2) Constructos representacionais da vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade as Infecções por HIV/Aids e demais Infecções

sexualmente Transmissíveis. Investigação aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada sob o parecer de número 3.784.839. Resultados: as percepções foram marcadas por constructos representacionais sobre o processo saúde/cuidado, embasadas pelo conceito amplo de saúde, como bem-estar, a presença da família, sentirem protegidas, receber atenção e ter ações de prevenção. Em relação a tuberculose, esta foi ancorada pelo medo, por ser uma doença contagiosa e de difícil controle dentro do sistema prisional, embora com tratamento e cura. E em relação ao HIV/Aids, foi imprimida sua memória social marcada por mitos e preconceitos, sendo sua principal forma de contaminação, associada a atos de promiscuidade. No entanto, ela aparece como uma doença que não tem cura mais possui tratamento que permite a qualidade de vida do usuário. Considerações: evidencia-se a necessidade da elucidação do diagnóstico, tratamento e acompanhamento dessas doenças, assim como, identificar lacunas e apontar caminhos para tornar mais efetivo o cuidado à população privada de liberdade na rede de atenção à saúde do município.

Palavras-chave: Prisões. Mulheres. Tuberculose. HIV. Representação Social.

ABSTRACT

Objective: to analyze the Social Representations that women deprived of liberty produce about Tuberculosis and HIV/Aids. Method: qualitative, exploratory and descriptive research with a contribution to the procedural approach of the Theory of Social Representations. The study scenario was a prison unit in Zona da Mata Mineira. 68 women deprived of their liberty participated. There was no refusal from any participant. Inclusion criteria were: 11stud deprived of liberty, ≥ 18 years, regardless of ethnicity or race, religion, political conviction, economic status. Data were collected between October 1 and December 20, 2021 during todo individual clinical evaluation, through a script built on the basis of the national protocol for the investigation and 11studa11e1111 infectious diseases, in the health center and in the female 11studa11e of the unit. At first, a semi-structured questionnaire was used to identify sociodemographic, behavioral and health history characteristics. Subsequently, the projective technique was used, performed through previously selected words, inherent to the scientific 11studa11e1111 the inducing terms: health; caution; tuberculosis; and HIV/Aids, each term being presented by 12 specific words. During the choice of words, the women explained and justified their 11studa11. Finally, a semi-structured script was used, based on the open interview technique, which sought to apprehend the Representations of the health-care process and the meanings attributed to Tuberculosis and HIV/AIDS by women deprived of their liberty. The interviews were transcribed in full at the time of collection, since it was not possible to enter a recorder. The analysis of the characterization of the participants was based on 11studa11e and relative 11studa11e11 with the support of SPSS version 26. Data from the projective technique were entered into todo Excel spreadsheet and analyzed using the statistical program Statistics. And the interviews were read and reread carefully and exhaustively, selecting the Record Units, being grouped into Meaning Units and defining them in conceptual categories according to the analogical regrouping of the Record Units according to the three stages of thematic 11studa11e analysis- categorical. Discursive categories were: 1) Conceptions of the health-disease process and socially shared (self)care relationships and; 2) Representational constructs of vulnerability of women deprived of their liberty to HIV/AIDS and 11stud sexually transmitted infections. Research approved by the Research Ethics Committee and approved under 11studa11 number

3,784,839, of 12/19/2019. All ethical and legal research procedures were respected. Results and discussion: were presented in article format. Considerations: the social representations portrayed perceptions about health and (self) care. Being healthy involves quitting smoking, not using (i)licit drugs, eating well, sleeping well and feeling safe/protected. Vulnerability was marked by representational constructs that portray vulnerability, such as the number of women per cell, the type of sexual practices adopted and the sharing of personal objects. The need to elucidate the diagnosis, treatment and monitoring of these diseases is 12studa12e, as well as identifying gaps and pointing out ways to make care for the population deprived of liberty more effective in the health care network of the municipality.

Keywords: Prisons. Women. Tuberculosis. HIV. Social Representation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Total da população prisional feminina e masculina do Brasil, julho a dezembro de 2021	27
Gráfico 2 –	Total da população prisional feminina e masculina do município de Juiz de Fora, julho a dezembro de 2021.....	28
Gráfico 3 –	Coeficiente de incidência de tuberculose no Brasil, 2001 a 2020	40
Gráfico 4 –	Percentual de cura e abandono de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, Brasil, 2001 a 2019	41
Gráfico 5 –	Incidência da tuberculose nas populações vulneráveis, no período de 2015 a 2020	42
Gráfico 6 –	Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab) em homens, segundo faixa etária e sexo, Brasil, 2010 e 2020	48
Gráfico 7 –	Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab) em mulheres, segundo faixa etária e sexo, Brasil, 2010 e 2020	49
Gráfico 8 –	Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade ao termo indutor “saúde”, Juiz de Fora, 2021 (n = 34).....	63
Gráfico 9 –	Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade ao termo indutor “cuidado”, Juiz de Fora, 2021 (n = 34).....	63
Gráfico 10 –	Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade ao termo indutor “tuberculose”, Juiz de Fora, 2021 (n = 34).....	64
Gráfico 11 –	Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade ao termo indutor “HIV/Aids”, Juiz de Fora, 2021 (n = 34)	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização sociodemográfica das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n = 68)	59
Tabela 2 –	Caracterização do cumprimento de pena das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n = 68).....	61
Tabela 3 –	Caracterização do perfil de saúde e doença das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n = 68)	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	Zidovudina
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDC	Centro de Controle de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CPB	Código Penal Brasileiro
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DNPS	Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DOTS	Directly Observed Treatment
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JF	Juiz de Fora
LEP	Lei de Execução Penal
MDR-TB	Tuberculose Multidrogarresistente
MESP	Ministério Extraordinário da Segurança Pública
MG	Minas Gerais
MJB	Ministério da Justiça Brasileira
MS	Ministério da Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PJEC	Penitenciária José Édson Cavaliere
PJF	Prefeitura de Juiz de Fora
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNCT	Plano Nacional de Controle de Tuberculose
PNSSP	Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional
PPL	População Privada de Liberdade

PSR	População em Situação de Rua
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Representações Sociais
SAE	Serviço de Aconselhamento Especializado
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretrovirais
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TODO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular-TB
TRS	Teoria das Representações Sociais
TSA	Teste de Sensibilidade Antimicrobiana
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UR	Unidades de Registros
US	Unidades de Significação
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

(RE)CONHECENDO O SISTEMA PRISIONAL	17
1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVO	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3 REVISITANDO O CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE, TUBERCULOSE E HIV/AIDS	25
3.1 O CONTEXTO DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE	25
3.1.1 Refletindo sobre as mulheres privadas de liberdade	30
3.2 DISCORRENDO SOBRE A TUBERCULOSE	33
3.2.1 Conhecendo a tuberculose pulmonar.....	33
3.2.2 O percurso da tuberculose no mundo e no Brasil	35
3.2.3 O impacto da tuberculose sobre a população privada de liberdade	39
3.3 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA	43
3.3.1 Conhecendo a síndrome da imunodeficiência adquirida	43
3.3.2 O contexto mundial e brasileiro do HIV/Aids	45
3.3.3 O impacto do HIV/Aids na população privada de liberdade	47
4 REFERENCIAL TEÓRICO E MÉTODO DO ESTUDO	51
4.1 TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO CAMINHO TEÓRICO DE ANÁLISE	51
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	53
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	54
4.4 ORGANIZAÇÃO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	54
4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	58
5 RESULTADOS.....	59
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, TIPO DE REGIME PENAL E HISTÓRICO DE SAÚDE E DOENÇA DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE	59
5.2 FREQUÊNCIA DOS TERMOS INDUTORES: CUIDADO; SAÚDE; TUBERCULOSE; HIV/AIDS	62

5.3	CATEGORIAS CONCEITUAIS SEGUNDO REAGRUPAMENTO ANALÓGICO DAS UNIDADES DE REGISTROS.....	65
6	DISCUSSÕES.....	67
6.1	ARTIGO 1.....	68
6.2	ARTIGO 2.....	78
6.3	ARTIGO 3.....	99
7	CONSIDERAÇÕES.....	117
	REFERÊNCIAS.....	118
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
	APÊNDICE B – Instrumento de dados	129
	APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados	135
	APÊNDICE D – Roteiro semiestruturado	139
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	140

(RE)CONHECENDO O SISTEMA PRISIONAL

A idealização de realizar a pesquisa no sistema prisional, veio das vivências ou falta delas, ao longo da minha vida profissional. Durante a graduação não foram apresentadas disciplinas que abordassem especificamente as populações vulneráveis. Por mais que se discutam e reflitam sobre o SUS, seus valores e princípios, especialmente a Equidade, ainda há distâncias e problemas em trazê-los para a nossa prática/práxis. Encontramos muitos problemas em realizar um cuidado que seja cabível, inerente às demandas individuais e coletivas e principalmente, que modifique ou que incorpore na vida do usuário.

A busca por conhecer e adequar o cuidado às necessidades e fragilidades da vida humana, se fez muito forte e necessária, ao cursar a Residência Hospitalar. Trouxe questionamentos sobre o poder do desenvolvimento da tecnologia dura, tão necessário, mas ao mesmo tempo, não suficiente para atingir o dia a dia daquelas pessoas vulneráveis e presentes em nossas vidas. Essa deficiência, me fez estudar sobre a População em Situação de Rua (PSR), que naquele momento era questionada, desconhecida e talvez, distante dos olhares dos profissionais. Por mais que seja uma realidade local e nacional, de um país desigual e cheio de questões sociais a serem resolvidas, rompidas e vencidas, as populações vulneráveis ainda seguem a margem, ainda são discutidas a parte.

Iniciou-se assim uma mudança na minha vida profissional e pessoal. Estudar algo tão difícil, difícil até mesmo de compreender, uma vez que, as populações vulneráveis precisam ser cercadas por políticas públicas, na sua amplitude, em que o cuidado ofertado, busque não só garantir os direitos ao acesso à saúde, mas à moradia, alimentação, lazer, educação e resgate dos direitos humanos, faz-nos interrogar diariamente: como ofertar um cuidado em meio a tantas carências? E assim seguiram meus questionamentos, minhas reflexões e buscas.

Ao cursar o mestrado, pude aprofundar meus conhecimentos sobre essa população e vivenciar suas dificuldades, e após término, tive a oportunidade de trabalhar como enfermeira no Consultório na Rua, um dispositivo de saúde que oferta um cuidado in loco, de forma itinerante e específico à PSR, norteado pelos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nesse período, trabalhei diretamente com as dificuldades, mazelas e avanços das políticas. Considero como uma das melhores experiências profissionais que se pode ter, pude concretizar o

que sabia, sentia e buscava. De fato, a “troca” é a materialização do cuidado. Nesse período, muitas experiências foram acrescidas, trazendo um novo significado ao conhecimento e prática.

Enquanto enfermeira, era a responsável pelo cuidado na sua amplitude, principalmente voltado as doenças infectocontagiosas, como a Tuberculose (TB) e Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e/ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), que apresentam elevada incidência nessa população. Ressalto, que a vivência, seja por meio de uma escuta a alguém que há muito tempo se sentia solitário; seja na realização do pré-natal de uma mulher, que a espera de um bebê, renova as expectativas e sonhos de mudança, embora não fosse a primeira gestação e sabendo que após nove meses esse filho não estaria mais presente; seja no encontro com um jovem de 18 anos, com histórico de vivencia no orfanato, e que agora, repetia a situação dos seus pais que não tiveram condições de cuidar; seja no cuidado ao usuário egresso do sistema prisional, que encontra somente a rua como casa, novos crimes como meio de sobrevivência e pessoas na mesma situação, me fez e faz lutar e acreditar que somente pelo fortalecimento do SUS, da efetividade das políticas públicas e da oferta de um cuidado libertador que poderemos alcançar a todos.

Assim, candidatei-me a uma vaga no programa de doutorado em Saúde Coletiva, para o qual fui selecionada, uma vez que era preciso ampliar minha visão, era preciso ir além, para compreender a População Privada de Liberdade (PPL), um grupo tão presente, tão marcado por desesperança e que na grande parte, tem a rua ou o tráfico as únicas saídas ou entradas.

No contexto da Saúde Coletiva, é importante perceber que o processo de saúde-adoecimento-cuidado relacionado às doenças infectocontagiosas, se faz de diversas maneiras. Cuidar em um ambiente desfavorável, em que vários problemas de saúde pública estão presentes, como a violência, o crime, as drogas, o desemprego, se tornam necessários aproximação e conhecimento. Optei assim por adentrar e (re)conhecer o Sistema Prisional.

Percebi um mundo que se faz em um lugar de (sobre)vida, de (des)cuidado, (in)justiça, que as vezes acolhe, outras recolhe, que deveria incluir, mas exclui (os já excluídos), que mostra a desigualdade de gênero e raça/cor, materializa o machismo e o papel cultural, cruel e submisso que a mulher assume (ou foi/é obrigada a

assumir) ao longo da construção dessa sociedade patriarcal e o quanto ainda o sistema é falho e falta progredir.

Por ora, fazer pesquisa no Sistema Prisional, além das mazelas que apareciam a cada ida, é algo que precisou de insistência e otimismo para continuar. Tantos percalços, um caminho longo e cheio de burocracias, ainda mais em um momento tão frágil, pandêmico, assustador e, infelizmente em que houve desvalorização da ciência.

Durante o período no qual coletei as informações dentro do Sistema Prisional, um sistema que se apresenta externamente em uma fortaleza, com grandes portões, guardas e grades, e por dentro, refletem a carência e a fragilidade humana, com pessoas amontoadas, sofridas, desacreditadas, e a espera. E fica difícil saber o que esperam.

O primeiro contato. Os profissionais de saúde, aos poucos foram confiando, acreditando, possibilitando e deixando enxergar as dificuldades e a escassez de recursos. As policiais penais, atentas, rígidas, cooperativas, aos poucos abrindo as portas (celas). E as mulheres privadas de liberdade, cabisbaixas, assustadas, curiosas, interessadas, fazendo daquele encontro, um momento de cuidado, de oportunidade, de agradecimento. Entre risos, choros, aceitação, culpa, fraqueza e força, usavam de palavras. Palavras que talvez quisessem ouvir, utilizadas para se enganar, nos enganar, usadas quem sabe, para amenizar o sofrimento por ali estarem.

É, foram dias de luta, de certo desgaste emocional. De se sentir-se forte, e por outro lado, fraca. Capaz de realizar grandes feitos, e ao mesmo tempo, de sentir-se impotente. Em meio a tantos problemas, o que era possível fazer? Diagnósticos de umas, encaminhamentos para outras; escuta de tantas e esclarecimentos (educação em saúde) de todas. E assim foram os dias. Todas chegada e despedida ao pavilhão, formado por celas cheias, um corredor frio, escuro, como relatado por uma das mulheres, “pintado por cores acinzentadas, que não deixam transmitir vida”, eram através de olhares atentos, sorrisos e acenos realizados pelas pequenas janelas envoltas por grades, em que se revezavam para ver a claridade e o céu que aqui fora brilhava.

Após meses chegou ao fim a pesquisa, trazendo a sensação de ser apenas o começo. Novas demandas, novos pedidos, novas articulações. Com muito a se

fazer, pouco a mudar. E as mulheres seguiam, seguem, com ou sem esperança, almejando justiça e cuidado, e privadas de tudo.

1 INTRODUÇÃO

A compreensão de um país que possui significativas diferenças socioeconômicas e alimenta estigmas e preconceitos na esfera do contexto das doenças infectocontagiosas, demonstra que estas não só se traduzem em um agravo clínico, mas também social, indicando a necessidade de políticas sociais, de educação e de saúde direcionadas às suas particularidades.

Ainda que doenças como a TB e o HIV/Aids, sejam temáticas abordadas de modo expressivo na literatura científica, existem aspectos em seus acompanhamentos que necessitam de investigação, principalmente na apreensão das Representações Sociais (RS) acerca dessas patologias pela ótica das populações vulneráveis. É preciso haver um espaço de discussão voltado para um cuidado mais humanitário e resolutivo das reais necessidades dos usuários, por meio da correlação de fatores de vulnerabilidade com ações de acompanhamento, tratamento adequado e intervenções educativas.

Por certo, as situações de “magnitude” e “negligência” relacionadas a essas doenças, em populações mais vulneráveis, refletem uma lacuna dos serviços de saúde em acompanhar e controlar o avanço dessas doenças, embora existam políticas públicas cristalizadas em âmbito nacional e internacional.

Destaca-se no contexto das populações vulneráveis, a População Privada de Liberdade (PPL), marcada por várias demandas e desafios na oferta da assistência. Nesse grupo populacional percebe-se, o quão importante é compreender o significado que as mulheres privadas de liberdade têm sobre a TB e o HIV/Aids, visto que a influência deste se relaciona com o cuidado e adoecimento desse grupo.

Ao se reportar à PPL do município de Juiz de Fora (JF), vê-se que não há dados concretos sobre a real situação de adoecimento dessa população, o que leva a refletir sobre o impacto das doenças infectocontagiosas, assim como da necessidade de avaliar ações, planos e protocolos de atendimento aos indivíduos acometidos e seus comunicantes no cenário prisional.

Com base em análises existentes no Brasil sobre o tema, são poucas as pesquisas relacionadas a mulheres privadas de liberdade. Segundo dados dos estabelecimentos penais, o Brasil apresenta um número significativo de presídios mistos, porém as instituições exclusivamente femininas são em menores

quantidades, espalhadas por algumas regiões do país e com estruturas que ainda não se adaptaram às mulheres (BRASIL, c2014).

Igualmente, o número de presídios brasileiros voltados a população feminina é insuficiente para acolher a população carcerária que vem crescendo de forma significativa, totalizando 49 mil mulheres encarceradas (BRASIL, c2014). Esse crescimento ocasiona superlotação e precariedade na assistência, tornando-as ainda mais vulneráveis a doenças e infecções e levanta questões relacionadas aos direitos específicos das mulheres, que precisam ser incorporados e melhorados.

Além dos direitos básicos de todo cidadão, é necessário discutir a relação mãe e filho, a dificuldade de visitas, oferta de insumos de higiene pessoal, limpeza e atividades laborais, ou seja, o sistema prisional precisa reconhecer a especificidade da condição feminina (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Nesse aspecto, partindo de um projeto intitulado “Avaliação do processo saúde-adoecimento-cuidado relacionado a doenças infectocontagiosas no Sistema Prisional do Município JF, Minas Gerais (MG)”, que revela lacunas na assistência diária, demonstra dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde, retrata a deficiência de conhecimentos por parte dessa população em relação às doenças infectocontagiosas e a importância de políticas públicas voltadas a esse público.

Sendo assim, desenvolveu-se uma pesquisa observacional, avaliativa e descritiva exploratória, com a abordagem metodológica de natureza qualitativa, buscando reconhecer o perfil das mulheres privadas de liberdade e analisar a representação das doenças infectocontagiosas sob o olhar delas, possibilitando integrar novas medidas ao gerenciamento dos serviços e criar um espaço de discussão voltado para o cuidado individualizado, coletivo, resolutivo e amplo.

Para tanto, esta proposta de pesquisa, teve como objeto as representações sociais de mulheres privadas de liberdade de um município mineiro sobre TB e HIV/Aids. E a construção da tese seguiu as divisões a seguir.

Após introdução ao tema, o segundo capítulo se refere aos objetivos da pesquisa. O terceiro capítulo traz uma visão sobre o contexto do Sistema Prisional no mundo e Brasil, o crescimento da população e um olhar diferenciado sobre as mulheres privadas de liberdade. A discussão segue em subcapítulos, que discorrem sobre a TB, como importante problema de saúde pública atual em todo o mundo, especialmente no Brasil, e suas implicações e desafios nas populações vulneráveis.

E posteriormente, sobre o conhecimento acerca do HIV/Aids, seu contexto, suas formas e manejo, assim como sua prevalência entre a PPL.

No quarto capítulo, é explicitado sobre o método de pesquisa e seus passos, o cenário, participantes, organização da coleta de dados, análise teórica, com base na Teoria das Representações Sociais (TRS), e questões éticas. No quinto capítulo, é abordado sobre os resultados encontrados, como caracterização das participantes e dados da coleta. No sexto capítulo, é apresentada a discussão por meio de artigos, pertinentes aos dados encontrados e suas análises. No sétimo capítulo, são realizadas as considerações sobre o estudo, e por fim, são apresentadas as referências utilizadas acompanhadas de apêndices e anexos.

2 OBJETIVO

Os objetivos foram apresentados de forma estruturada em objetivo geral e objetivos específicos.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as Representações Sociais que as mulheres privadas de liberdade produzem sobre o processo saúde e cuidado, Tuberculose e HIV/Aids.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das mulheres privadas de liberdade;
- b) Conhecer as Representações Sociais atribuídas ao processo saúde e cuidado para as mulheres privadas de liberdade;
- c) Conhecer as Representações Sociais atribuídas à Tuberculose e ao HIV/Aids pelas mulheres privadas de liberdade.

3 REVISITANDO O CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE, TUBERCULOSE E HIV/AIDS

O presente capítulo será apresentado de forma estruturada em: o contexto da PPL; refletindo sobre as mulheres privadas de liberdade; discorrendo sobre a TB; conhecendo a TB Pulmonar; o percurso da TB no mundo e no Brasil; o impacto da TB sobre a PPL; Aids; conhecendo a Aids; o contexto mundial e brasileiro do HIV/Aids e; o impacto do HIV/Aids na PPL.

3.1 O CONTEXTO DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

O Sistema Prisional no mundo, passou por várias mudanças ao longo dos séculos. Inicia-se como local para diversos castigos e punições severas, que variavam de chicotadas, maus tratos à trabalho forçado. A partir do Século XVI, na Europa, tem-se as primeiras prisões legais com disciplinas rígidas, que buscavam “transformar” os usuários em sujeitos úteis e produtivos e recolhiam os mendigos, vagabundos, prostitutas e todos que se destoavam da sociedade (MIRABETE, 1995; WACQUANT, 2008).

O modelo, baseado na “recuperação” do detento, possibilitava a liberdade condicional antes do fim da pena e acontecia perante o comportamento do mesmo dentro da prisão, dando início ao modelo prisional progressista, que se espalhou por vários países. No entanto, foi somente no Século XVIII que a pessoa privada de liberdade começa a ser reconhecida, em relação aos direitos e deveres, perante normas e regulamentos estaduais, tornando a prisão, um local de execução penal (MIRABETE, 1995; WACQUANT, 2008).

No Brasil, de acordo com A. M. C. Silva (2012), no período Colônia as penas eram aplicadas pelos senhores que detinham os poderes, através de abusos e infrações. Contudo, com as novas abordagens, e por meio da aprovação do Código Criminal de 1830, o sistema prisional passa a impor a privação da liberdade como penalidade. Nesse período, vê-se que, embora os ideais liberais circulavam entre os países e defendiam os direitos individuais, as práticas severas de punição existentes ainda permaneciam, configurando a sociedade escravocrata presente no país, uma vez que, as torturas e o trabalho forçado eram recorrentes para os escravos aprisionados. Diante da conjuntura escravocrata e monárquica do país, surge a

primeira penitenciária brasileira, em 1850, conhecida como Casa de Detenção do Rio de Janeiro.

Para entender sobre o processo de formação do sistema prisional brasileiro, é importante destacar e compreender alguns marcos históricos. Com a Abolição dos Escravos, em 1889, houve a criação da Constituição Republicana do Brasil, que extinguiu as penas severas e introduziu na legislação a visão de ressocialização do sujeito. Após esse período, novas Constituições foram elaboradas mantendo essa visão como princípio da execução penal, embora as práticas exercidas dentro das prisões não correspondessem ao que era defendido (BALEIRO, 2012; BRASIL, 1891).

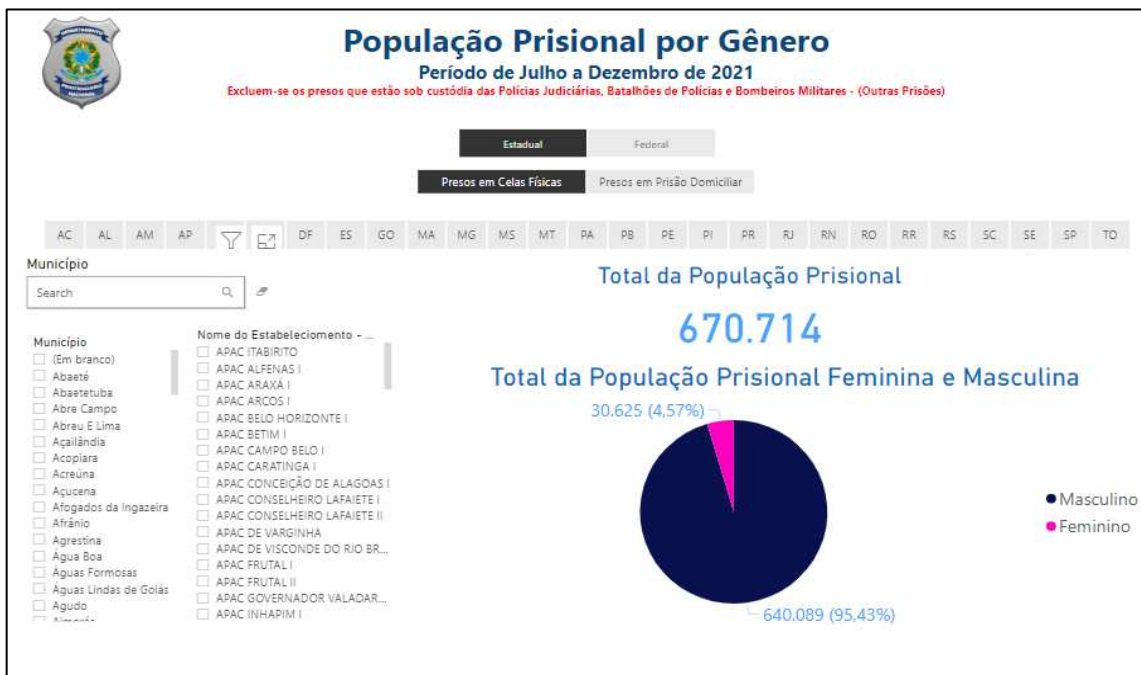
Somente no final da década de 90, após longos anos de ditadura e posteriormente, com o processo de redemocratização do país, uma nova Constituição foi criada, a Carta Magna ou Constituição de 1988, eliminando as diversas formas de tratamento desumano e atos de tortura no território brasileiro e, conseqüentemente, trazendo outras formas de punições, como prestação social alternativa e suspensão de direitos. Nesse contexto de mudança, foi adotado o sistema progressivo, que se configurou na individualização da pena e nos modelos de regimes fechado, semiaberto e aberto, conforme o Código Penal Brasileiro (CPB) vigente (BRASIL, 1940).

No entanto, frente aos esforços de transição na execução penal, ainda vigora um sistema brasileiro enfraquecido, precarizado e com condições insalubres, que retrata a situação da desigualdade social e a ineficiência de políticas públicas do país. Como mencionado por Bauman (1999, p. 121), as prisões na sociedade globalizada são “fábricas de exclusão de pessoas habitadas à condição de excluídas”, pensamento que corrobora com a atual situação, em que se constata o aumento da PPL e o não acompanhamento de avanços das condições físicas e estruturais das prisões no país, na intensidade em que são necessários, ferindo a premissa constitucional da dignidade humana (BRASIL, 2014a).

Em termos de dados, o Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Sisdepen) do Brasil, retrata que no ano de 2017, o país apresentava a terceira maior população prisional do mundo, atrás dos Estados Unidos da América e da China, mantendo atualmente essa colocação (BRASIL, 2017a). No final de dezembro de 2021, os dados já sinalizavam no Brasil, 670.714

pessoas privadas de liberdade em celas físicas, onde 30.625 eram mulheres e 640.089 homens (Gráfico 1) (BRASIL, 2021a).

Gráfico 1 – Total da população prisional feminina e masculina do Brasil, julho a dezembro de 2021

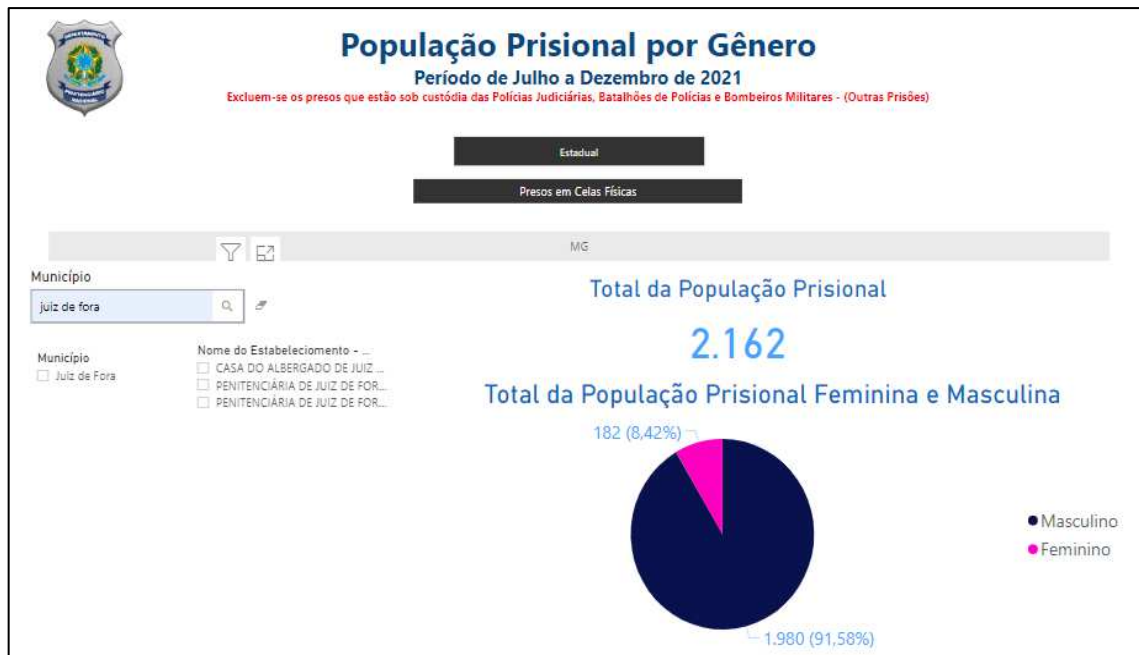


Fonte: Brasil (2021a).

Em relação ao perfil da PPL do país, dados mostram que 48,64% dessa população cumprem pena em regime fechado, 18,56% em regime semiaberto, 29,35% em regime provisório e 3,02% em regime aberto. Em relação a idade e cor/etnia, respectivamente, 19,78% dos presos possuem entre 18 a 24 anos, 21,96% entre 25 a 29 anos, 18,07% entre 30 a 34 anos, 21,95% entre 35 a 45 anos, 8,38% entre 46 a 60 anos e 1,57% acima de 60 anos.

Nesse contexto, destaca-se o estado de MG, que de acordo com (BRASIL, 2021a) concentra mais de 10% dessa população, com 65.083 pessoas privadas de liberdade, sendo 2.676 mulheres, ocupando 228 unidades prisionais. Dos municípios mineiros, o de JF possui 3 unidades penais e uma PPL de aproximadamente 2.162 pessoas, sendo 182 mulheres privadas de liberdade e 1900 homens em privação de liberdade (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Total da população prisional feminina e masculina do município de Juiz de Fora, julho a dezembro de 2021



Fonte: Brasil (2021a).

Como em todo o país, o município trabalha acima da capacidade populacional total, que é de 1671 vagas (BRASIL, 2021a), não sendo capaz de absorver esse quantitativo de homens e mulheres com serviços adequados, mantendo-os em condições insalubres que comprometem o processo de cuidar.

Esse contínuo crescimento da PPL, provoca uma reflexão sobre a sociedade contemporânea, tão marcada pela exclusão, pobreza e omissão governamental frente à garantia dos direitos constitucionais, que vem agravar ainda mais a precariedade do sistema prisional e impossibilitar ações mínimas de cuidado a vida. Como constatado pela fala do Ministro da Justiça Marco Aurélio (BRASIL, 2015):

Diante de tais relatos, a conclusão deve ser única: no sistema prisional brasileiro, ocorre violação generalizada de direitos fundamentais dos presos no tocante à dignidade, higidez física e integridade psíquica. A superlotação carcerária e a precariedade das instalações das delegacias e presídios, mais do que inobservância, pelo estado, da ordem jurídica correspondente, configuram tratamento degradante, ultrajante e indigno a pessoas que se encontram sob custódia. As penas privativas de liberdade aplicadas em nossos presídios convertem-se em penas cruéis e desumanas. Os presos tornam-se “lixo digno do pior tratamento possível”, sendo-lhes negado todo e qualquer direito à existência minimamente segura e salubre. Daí o acerto do Ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo, na comparação com as “masmorras medievais. (BRASIL, 2015, p. 6–7).

Contudo o perfil da PPL, em conjunto com as precárias condições em que vive, traz uma perspectiva do olhar da vulnerabilidade social, individual e coletiva que este grupo populacional está exposto, e das várias perdas de direitos, das vivências de preconceitos e estigmas, das dificuldades de ressocialização e inserção ao mercado de trabalho após cumprimento penal, ainda que o sistema prisional, por um lado deva resguardar a sociedade contra o crime, e por outro lado, garantir ao egresso do sistema, aptidão ao respeito da lei, e junto ao Estado, possibilitar e preservar seus direitos (AYRES *et al.*, 2009; VALIM; DAIBEM; HOSSNE, 2018). Vem também escancarar a criminalização da pobreza e a segregação de grupos sociais marginalizados.

Os direitos instituídos para a PPL são estabelecidos em leis (inter)nacionais (BRASIL, 1984; UNITED NATIONS, 1988) que definem a responsabilidade de cada país. No Brasil, destaca-se a Lei de Execução Penal (LEP), que em seu *art. 10*, prevê a assistência ao preso, de forma ampla, como: material; à saúde; jurídica; educacional; social e religiosa, visando a prevenção do crime e a reinserção do usuário na sociedade.

Dentre os direitos instituídos, destaca-se o da saúde. A intensificação das políticas de saúde voltadas a PPL se deu a partir de 2003, com a elaboração do Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional (PNSSP), pelo Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Justiça Brasileira (MJB), através da Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, ao considerar que a atenção à saúde dessa população no Brasil era vista por uma perspectiva reducionista (BRASIL, 2003).

A garantia do acesso aos serviços do SUS por esta população, através da Lei de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, constitui uma responsabilidade partilhada pelo Ministério Extraordinário da Segurança Pública (Mesp), concretizada pela parceria entre Secretarias de Justiça e Segurança/Administração Penitenciária, e o MS em níveis Estadual e Municipal, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) (BRASIL, 1990, 2014b).

A Pnaisp foi instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com a proposta de garantir à PPL o cuidado à saúde e o acesso ao SUS, nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2014c). Nesse aspecto, o sistema prisional passa a ser o próprio ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desenvolvendo atividades e ordenando ações e serviços de saúde, por meio de uma

equipe multiprofissional, que compõe a Unidade Básica de Saúde (UBS), interna ou próxima à instituição prisional (BRASIL, 2014b).

As equipes de saúde têm a responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde da PPL, sendo formadas e caracterizadas de acordo com o perfil epidemiológico e número de usuários sob custódia (BRASIL, 2014b). No entanto, a realidade dos presídios brasileiros, mostra-nos um *déficit* significativo, em que 31% das prisões não possuem cobertura de saúde (BRASIL, c2014), dificultando ainda mais o cuidado a essa população.

Vê-se que o processo de cuidado da PPL é voltado para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), imunizações e para a redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas (SÁNCHEZ; LAROUZÉ, 2016). E a superlotação, que afeta as diversas unidades prisionais do país, quando associada às condições precárias de higiene, expõe esses indivíduos vulneráveis à diferentes microrganismos, que disseminam importantes doenças infectocontagiosas, como a TB e o HIV/Aids (BRASIL, 2019; MAERRAWI, 2012).

Assim, a situação do sistema prisional brasileiro, evidencia a forma injusta e discriminatória que perpassa a vida da PPL, e retrata a ineficiência de ações de promoção, prevenção, cuidados e tratamentos durante o encarceramento e sua liberdade. Ainda, leva-se a refletir sobre a significativa marginalização social dessa população, uma vez que, encontra inúmeras dificuldades de ingressar no mercado de trabalho, exigindo reformas jurídicas, maior engajamento de políticas públicas e combate à superpopulação dos presídios.

3.1.1 Refletindo sobre as mulheres privadas de liberdade

Buscando compreender o Sistema Penal, faz-se importante destacar dois pontos que o cerca. Primeiro, a seletividade que o move, seja quantitativa, uma vez que os crimes não são apurados e punidos na sua totalidade; seja qualitativa, pois, elege-se determinados autores e crimes, em termos de punição, embora isso não seja reconhecido legalmente (ANDRADE, 1997; LANDIN, 2015). Segundo, a magnitude do encarceramento, baseado nas respostas do sistema punitivo aos delitos, pois:

O processo que conduz à sentença é considerado amplamente como chave para o controle da magnitude do encarceramento, pois é evidente que o

tamanho e a composição da população carcerária são dados em função do número de pessoas que o poder judicial decida enviar à prisão e da duração da sentença imposta. (COLARES, 2011, p. 66).

Além desse contexto, ao se referir ao encarceramento feminino, observa-se que ele não é distinto do masculino apenas na estrutura e nos serviços penais oferecidos. Falar de mulheres no sistema prisional, é refletir sobre o estigma duplo que perpassa suas vidas, de forma histórica. De um lado, a relação com o desvio criminoso, vista como uma mulher transgressora das leis penais, e de outro, o desvio social, relacionado à distorção das normas sociais construídas da condição feminina (FERRARI; SIMÕES, 2019).

De acordo com Buglione (2002) e Espinoza Mavila (2004) houve avanços sobre a compreensão da relação mulher e punição, deixando claro as interferências das práticas de controle e relações de poder. Assim como, a compreensão sociológica sobre a estrutura da sociedade e diferenças de gênero. Historicamente a mulher é a responsável por cuidar, seja das tarefas da casa, seja da família, o que faz a pena tornar-se mais pesada e rejeitada socialmente em comparação ao homem, principalmente por levar ao distanciamento dos filhos e ou sofrerem o abandono da família e companheiros (LEMGRUBER, 1999).

Importante destacar que os primeiros cárceres exclusivamente femininos surgiram por volta do século XVII na Holanda, porém só ganham destaque séculos depois, na cidade de Nova York. Percebe-se que durante os séculos XVII e XVIII, o número de mulheres confinadas era maior que ao de homens. As casas eram usadas para acolher pessoas que cometiam crimes contra a moral pública e a perturbação da paz, com o resultado de que a prostituição e outras formas de imoralidade sexual constituíam formas purificadoras prediletas. Eram considerados crimes, “parir filhos bastardos”, “libertinagem” ou “incapacidade para manter suas famílias”. O confinamento de mulheres, era sentenciado de acordo com “valor das teorias do contrato social”, que a tornavam não-cidadã, estatuto que só será adquirido no século XX (COLARES, 2011).

Ao reportar ao século XIX, verifica-se que muitas concepções negativas e estigmatizantes sobre a condição feminina, foram utilizadas para provar sua inferioridade física e mental em relação ao homem (RAGO, 1991). Esse discurso positivista, acarretou marcas, ainda sentidas, em torno de toda população feminina. Teve significativo poder de persuasão convencendo grande parte das mulheres. As

que agiam contra esse sistema, eram silenciadas nas prisões e demais instituições, como asilos, hospícios, dentre outros.

Ao percorrer pela América Latina, vê-se que as Penitenciárias Femininas, eram coordenadas por freiras da ordem católica. No Brasil, na década de 30, inicia-se a construção de sistemas essencialmente femininos, sendo fortalecida sua condição em 11 de julho de 1984, através da Lei nº 7.210 de Execução Penal, que buscou garantir direitos comuns a qualquer pessoa privada de liberdade, independente do sexo, como direito a alojamento próprio, em ambiente individual e salubre e adequado a sua condição pessoal, embora os presídios seguissem de forma improvisada (BRASIL, 1984, 2020a).

Na década de 70, o Estado passa a administrar em conjunto com os conventos, assumindo por completo a partir dos anos 90. Percebe-se nesse modelo prisional, a normalização da mulher ao considerar seus papéis tradicionais. Existia um monitoramento individual, rotinas padronizadas e controle dos comportamentos, seja na relação entre elas, a guarda e cuidados com o corpo (BREITMAN apud COLARES; CHIES, 2010).

Destaca-se na conjuntura do Sistema Prisional feminino, a legislação internacional de 2010, baseada nas Regras das Nações Unidas, conhecidas como Regras de *Bangkok*, primeiro marco normativo a abordar a necessidade de um olhar diferenciado sobre as demandas e exigências específicas desse grupo, que só veio a acontecer no século XXI (BRASIL, c2014). Vê-se que muito pouco é garantido legalmente, e nenhuma das penitenciárias femininas brasileiras funciona em pleno respeito aos parâmetros legais vigentes.

Dados de 2000 a 2016, mostram que no Brasil, a população prisional feminina cresceu em torno de 600%, enquanto entre os homens esse aumento foi 200%. E o crescimento ainda segue expressivo, fazendo que o país assuma a quarta posição no mundo, com mais mulheres privadas de liberdade (WORLD PRISON BRIEF, [2021?]). Porém o fato da proporção dos homens ser bem maior, prejudica a discussão sobre a mulher carcerária, e conseqüentemente, reflete de modo negativo sobre o cuidado que é ofertado a ela.

O país tem hoje cerca de 1.393 estabelecimentos prisionais, sendo 238 unidades mistas e 103 unidades femininas. Em MG, há três penitenciárias exclusivamente femininas (BRASIL, c2014). As prisões femininas confirmam o lugar de submissão, cobrança e descaso colocado às mulheres. Necessitam de uma visão

interseccional, que considere não só as especificidades de gênero, mas a maternidade, raça e etnia e a política de drogas.

3.2 DISCORRENDO SOBRE A TUBERCULOSE

3.2.1 Conhecendo a tuberculose pulmonar

A TB é uma infecção causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (*bacilo de Koch*), que pode acometer diversas partes do organismo, principalmente os pulmões, sendo chamada de tuberculose pulmonar. Além de ser a mais frequente, é a mais relevante para a saúde pública, pois é especialmente bacilífera, ou seja, capaz de ser transmitida de pessoa a pessoa, por meio da tosse, espirro e fala (SILVA, E. A. *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Assim, a descoberta oportuna dos casos de TB ativa é fundamental para a interrupção da cadeia de transmissão.

Estudos confirmam que a maior chance de transmissão da doença ocorre em ambientes fechados, mal ventilados, com ausência de luz solar e com aglomerados de pessoas, configurando-se como reflexo de um conjunto de condições socioeconômicas desfavoráveis (ARAÚJO *et al.*, 2013; BRITO; PIRES, 2020).

A TB pulmonar configura-se como um grande desafio mundial e representa a principal causa de morte entre as doenças infecciosas no mundo, acima do HIV/Aids, sendo umas das doenças da antiguidade mais conhecida que afeta aos humanos. Devido às condições favoráveis, a bactéria causadora da doença, tem sobrevivido há mais de séculos nos grandes centros urbanos, mantendo a cadeia de transmissão (CAMINERO LUNA, 2004; PELISSARI, 2019).

A doença tem como principal sintoma a tosse, seca ou produtiva, por mais de 15 dias, podendo ser acompanhada de febre, sudorese, emagrecimento, cansaço e perda de apetite, dentre outros. Ressalta que, em populações especiais como a PPL, todo usuário que apresenta tosse, independentemente do tempo, e ou exame de radiografia sugestivo, deve ser avaliado pela equipe de saúde e fazer o teste para detecção do bacilo (BRASIL, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O diagnóstico da TB pulmonar além da anamnese e exame clínico, é comprovado por exames bacteriológicos, como Teste Rápido Molecular (TRM-TB), baciloscopia (BAAR), cultura de micobactérias e Teste de Sensibilidade Antimicrobiano (TSA), feitos por meio da amostra de escarro, e quando necessário, são realizados exames complementares como radiografia de tórax e tomografia (BRASIL, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O TRM-TB se baseia na técnica de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em tempo real para extração, amplificação e detecção do Ácido Desoxirribonucleico (DNA) do *M. Tuberculosis* e triagem de cepas resistentes à rifampicina. O teste BAAR é um exame de bacterioscopia que detecta as micobactérias que são bacilos álcool-ácido resistentes. O exame de cultura identifica a espécie dos microorganismos. E o teste de sensibilidade verifica a resistência ou não dos antibióticos específicos para o tratamento da TB (BRASIL, 2019).

Após contato com o bacilo, o adoecimento do usuário vai depender de fatores endógenos, destacando a presença das doenças que comprometem o sistema imunológico e facilitam o aparecimento da TB, como o HIV/Aids, câncer e diabetes, e fatores exógenos, onde se destacam os ambientes insalubres de âmbito coletivo, as características demográficas e determinantes sociais (BRASIL, 2019).

O tratamento da doença transcorre um longo período, e o usuário deve ser acompanhado mensalmente pela equipe de saúde para avaliação geral e realização de exames, dentre eles o teste para HIV, uma vez que a presença do vírus compromete significativamente o tratamento da TB e a condição clínica do usuário. No entanto, manter a adesão ao tratamento tem sido um dos principais desafios, pois, além de não interromper a cadeia de transmissão, favorece o aparecimento de casos de TB graves e de difícil cura (BRASIL, 2019).

O Brasil foi o primeiro país do mundo a padronizar o esquema básico de tratamento da TB, em um período de seis (6) meses com todos os medicamentos administrados via oral e disponíveis na rede pública de saúde. Desde 2009, segundo o Plano Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT), as quatro principais drogas utilizadas são: rifampicina (R), isoniazida (H) e pirazinamida (Z) etambutol (E). Contudo, com o agravamento da situação clínica do usuário ou na presença de *Multidrug-Resistant TB* (MDR-TB) o tratamento é reavaliado e adequado à sua necessidade (BRASIL, 2019; RABAHI *et al.*, 2017).

Observa que ao tratar a TB, busca-se a cura e a redução da sua transmissão, porém, existem dificuldades em relação ao tratamento, principalmente da PPL, uma vez que o acompanhamento do usuário não é satisfatório e contínuo, e a baixa adesão, aumenta a falência terapêutica, a incidência de TB-MDR e os casos de recidiva da doença (BRASIL, 2019; RABAHI *et al.*, 2017).

Frente a essa problemática, a World Health Organization (WHO) na década de 90, preconizou como estratégia de tratamento e acompanhamento do usuário acometido pela TB, o *Directly Observed Treatment* (DOTS) ou Tratamento Diretamente Observado (TODO), que se baseia na construção de vínculo, e na possibilidade de acompanhar o usuário diariamente na ingestão de medicação, no aparecimento de eventos adversos, nas dúvidas e no oferecimento de apoio até a alta por cura. Assim, a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e o acompanhamento do usuário por meio do TODO devem ser estratégias priorizadas pela equipe de saúde em todo território (BRASIL, 2019).

3.2.2 O percurso da tuberculose no mundo e no Brasil

Estudos apontam que a TB acompanha a humanidade há milhões de anos. Mesmo que sua forma pulmonar possa ser confundida com outras patologias, sintomas semelhantes ao da TB já foram relatados em documentos antigos de hindus e chineses e com a circulação dos povos a doença passou a ser mais citada e conhecida (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002).

Percorrendo as civilizações antigas, pode-se observar que a TB já foi associada ao grande mal, ligado ao castigo divino. A partir do século XXX AC, ela foi descrita por Hipócrates como doença natural, que causa esgotamento físico, denominada assim de “Tísica”. Nessa época, no Império Romano, foram descritos sinais e sintomas típicos, assim como, possibilidades de cura relacionadas ao repouso e presença de climas amenos. Após período, as escolas médicas árabes, começaram a estudá-la, para melhor compreendê-la. No entanto, as guerras romanas que acarretaram miséria e grande movimentação das pessoas, fizeram que o bacilo da TB circulasse em maior quantidade, e consequentemente, ganhasse grande proporção pelo mundo (BERTOLLI FILHO, 2001; CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002).

A partir dos séculos XIV e XV, estudiosos da atual região da Itália, observaram que a TB poderia ser transmitida de pessoa a pessoa e começaram a usar o isolamento dos usuários e seus pertences, como forma de profilaxia de grandes epidemias. Contudo, até o século XVI, havia pouco conhecimento acerca da TB (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002).

No final da Idade Média até o início de Renascentismo florentino, por volta do século XVI, foi criado o mito da doença real, uma vez que acreditavam na cura da TB por meio do toque dos reis da época. Também, foi possível notar que a doença foi referenciada nas grandes obras literárias e musicais, sendo conhecida como época de morrer cedo, de morrer jovem (BERTOLLI FILHO, 2001; MASSABNI; BONINI, 2019; SOARES, 1994).

Observa-se que somente nos séculos XVII e XVIII, com estudos aprofundados da anatomia, em especial do pulmão, que a TB passou a ser melhor compreendida e designada pelo seu nome atual. Ainda nesse período, foi possível verificar que a TB apresentou alta taxa de mortalidade anual, chegando a 200 a 400 óbitos por 100.000 pessoas, fato que fez o rei da Espanha, decretar uma lei onde obrigava a todos os médicos a informar os casos de TB, e que esses fossem afastados do convívio social e tivessem seus pertences queimados (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002). Essas medidas foram utilizadas por muitos anos seguintes, causando grande dor, sofrimento e privação de qualquer tipo de convívio coletivo ou familiar.

Vale-se destacar ainda, frente ao contexto da TB, o momento socioeconômico que se configurava nesse período. Vivia-se a Revolução Industrial na Inglaterra, marcada pela diferença de classes, em que grandes latifúndios foram formados e camponeses impelidos a buscar emprego e sobrevivência, ofertando mão de obra barata. Esse advento, conhecido como êxodo rural, provocou o aparecimento dos grandes centros urbanos ligados a pobreza e sem condições sanitárias e alimentares satisfatórias, fazendo que a TB sobressaísse de forma cruel nesses locais (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002; LUGLI *et al.*, 2007).

Com a chegada do século XIX, a ciência começa a incorporar conhecimentos primordiais sobre o curso da doença. Em 1882, o Alemão Robert Koch, descobre o agente causador da TB, que é conhecido atualmente como *Bacilo de Koch*, e anos depois, a radiografia, foi utilizada por *Roentgen*, oferecendo progressos para o diagnóstico. Porém, poucos avanços aconteceram acerca do

tratamento, permanecendo a necessidade absoluta do distanciamento social, boa alimentação, exposição solar, cirurgias de ressecção pulmonar e construção de hospitais sanatórios para internação de inúmeros doentes da época, que perduraram até década de 40 (CAPONE *et al.*, 2006; CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002; NASCIMENTO, 2005).

Finalmente, no século XX, por volta dos anos 40, surgem os antibióticos e os quimioterápicos, que trouxeram a cura da TB, destacando a descoberta da estreptomicina em 1944 e evidenciando a eficácia da isoniazida no ano seguinte. Nesse momento, a peste branca, como também foi nomeada a TB, começa a ser enfrentada. Por volta dos anos 60, o esquema de tratamento passa a ser baseado em três antibióticos, que deveriam ser ingeridos diariamente por um período de 18 a 24 meses, e que proporcionava a cura, em torno dos 95% dos pacientes (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002; HIJJAR *et al.*, 2007).

Acreditou-se por meio dos saberes adquiridos em torno da TB, ao longo dos séculos, que ocorreria a erradicação da doença até fim do século XX. Porém, com o intenso movimento migratório da população, a falta de investimentos em sistemas de Saúde Pública, a crise social e financeira que atingia o mundo e o advento do HIV, a TB permanece como grande problema mundial de saúde pública (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002).

Em relação ao contexto brasileiro, mesmo que no período da colonização tivessem poucas referências sobre a TB, vê-se que com a chegada dos missionários houve significativa disseminação da doença entre os indígenas, causando várias mortes. Dados mostram que na cidade do RJ a presença da TB era mais frequente, quando comparada a outras regiões, fato associado a falta de conhecimento da TB e a má alimentação da população escrava, que veio trazida para as senzalas, e, conseqüentemente, contaminada pelos seus senhores. Em 1860, anos antes da abolição da escravidão, a TB já mostrava uma alta mortalidade no RJ, na proporção de 1.200 por 100.000 habitantes (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002; PATTO, 1999).

Seguindo os passos da revolução Industrial, que também atingiu o Brasil, o país apresentou o agravamento da pobreza, pós crescimento desordenado das cidades, e nessa conjuntura o adoecimento por TB continuou crescendo. Em 1929, já se calculava a existência de 23.000 casos de TB no RJ (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002; PATTO, 1999).

Baseada na importância climática para o tratamento dos usuários com TB, o Brasil criou alguns sanatórios que foram de amplo conhecimento nacional e perduraram por anos, como o São José dos Campos, nas cidades de Campos do Jordão, Correias e Friburgo. Articularam também algumas ações para o combate à TB, como a Liga Brasileira Contra a TB em 1900 e o Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930. Vale ressaltar, alguns marcos históricos que aconteceram a favor da luta contra a TB, como: início da vacinação contra as formas graves de TB juntamente com a vacina do *Bacilo Calmette-Guérin* (BCG) desenvolvida pela Liga Brasileira Contra a Tuberculose em 1927, a partir da cepa *Moreau*; a criação do Serviço Nacional de TB em 1941; e a Campanha Nacional contra a TB, em 1942 (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000; HIJJAR *et al.*, 2007).

A partir dos anos 60, com a cura da TB, as atividades de controle foram centralizadas no Estado, sendo fundada, na década de 70, a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS). Também foram ofertados cursos de capacitação para as equipes de saúde, com foco no atendimento e tratamento da TB. Fecharam os sanatórios, deixando os hospitais reservados apenas para os casos complexos e especiais, dando aos postos de saúde das Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, o papel de realizar o tratamento básico e acompanhamento da TB (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000; CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002).

Nesse contexto, destaca-se um dos principais marcos históricos brasileiro, a criação nos anos de 1990, pela Lei nº 8.080, do SUS, baseado nos pilares de equidade, universalidade e integralidade, que ofertava acompanhamento e tratamento gratuitos para todo usuário. No entanto, permaneceu a falta de preparo dos serviços estaduais e municipais e de investimentos nos serviços de saúde, ocasionando impacto negativo sobre o controle da TB, uma vez que ela continuava a crescer em todo território nacional (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002).

Nos anos seguintes, por volta de 1993, a WHO decretou a TB como doença reemergente. Nesse período, o Brasil passava novamente por uma crise socioeconômica que piorava as condições de vida e de moradia (aglomeração em favelas), favorecendo o aumento da TB. Esse fato também esteve presente em regiões do Brasil, principalmente regiões urbanas que tiveram um aumento concomitante da infecção pelo vírus do HIV na população geral, e do aparecimento da MDR-TB (CONDE; MUZY; KRITSKI, 2002; NASCIMENTO, 2005), piorando o cenário epidemiológico brasileiro.

Assim, a TB atinge grande parte da população, tem grande impacto econômico, social e de saúde, e observa-se, mesmo frente aos grandes avanços científicos, a falta de legislação que efetive ações de controle de TB em vários lugares, principalmente, nos serviços que atendem as populações vulneráveis a exemplos dos moradores de rua e da PPL (SILVA, E. A. *et al.*, 2020).

3.2.3 O impacto da tuberculose sobre a população privada de liberdade

A TB pode afetar qualquer ser humano, em qualquer fase da vida, no entanto, a gravidade das epidemias nacionais varia muito. No Brasil, devido sua importância, ela é uma doença de notificação compulsória realizada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e tais dados são fundamentais para entender a magnitude da doença, o perfil dos usuários acometidos e orientar ações e políticas públicas (BRASIL, 2015).

Embora sua ocorrência seja de longa data, a preocupação com a alta prevalência e incidência da doença, fez que a WHO reclassificasse os países prioritários no combate à doença, entre o período de 2016 a 2020 (BRASIL, 2021b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). E nessa redefinição, o Brasil permaneceu entre os 30 países de alta carga para a TB e para coinfeção TB-HIV, ocupando a 20ª posição na classificação de carga da doença e a 19ª quanto à coinfeção TB/HIV sendo, portanto, considerado prioritário para o controle da doença no mundo, ainda que a TB esteja inserida na agenda de prioridades das políticas públicas brasileiras desde 2003 (BRASIL, 2021b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Em relação aos dados epidemiológicos, em 2017, havia menos de 10 casos novos por 100 000 habitantes na maioria dos países de alta renda, 150 – 400 casos novos, na maioria dos 30 países de alta carga de TB, e acima de 500 casos novos em alguns países, incluindo Moçambique, Filipinas e África do Sul. Houve também o aumento da incidência da doença no Brasil nos anos de 2017 e 2018, especialmente, em regiões que não apresentaram registro de casos novos nos anos anteriores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Dados de 2019 no mundo, mostraram que 10 milhões de pessoas desenvolveram TB e que, 1,2 milhão foram a óbito. Destes, 4,5 mil morreram de TB

no Brasil. Em 2020, no Brasil, foram registradas 68,7 mil pessoas acometidas por TB e 763 casos de TB-MDR/TB-RR (BRASIL, 2021b).

Ressalta que, no país, foi observada uma tendência de queda do coeficiente de incidência de TB entre os anos de 2011 e 2016 e um aumento no período de 2017 e 2019. E, especificamente, no ano de 2020, com o advento da pandemia Covid 19, foi identificada uma queda significativa de casos novos (Gráfico 3).

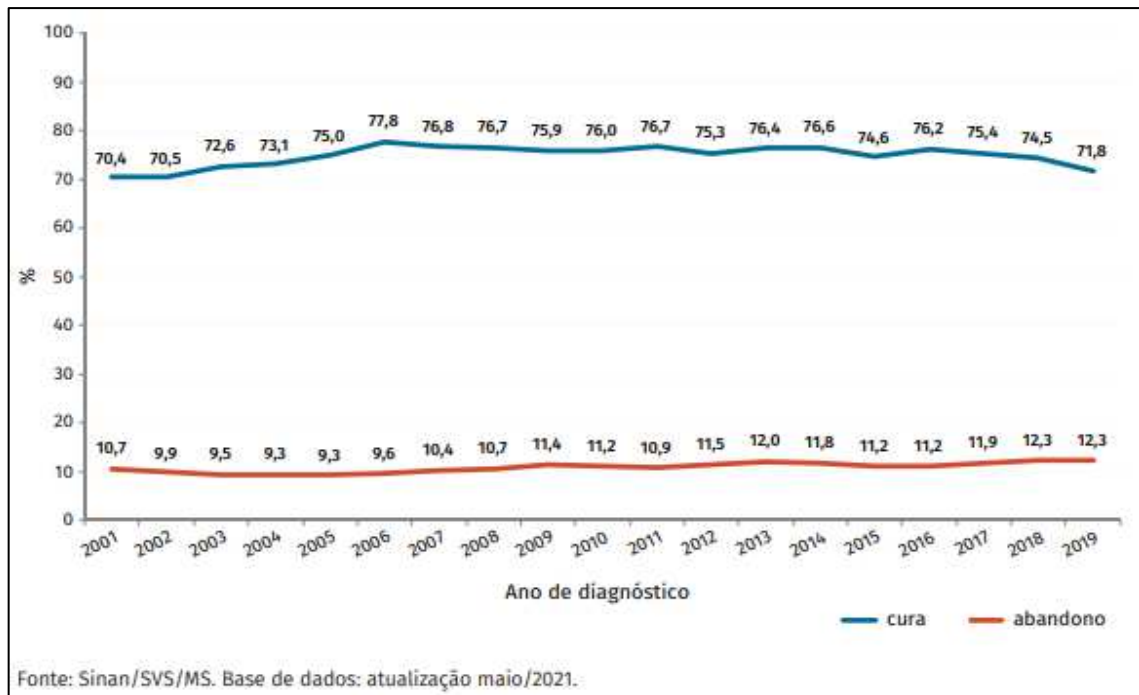
Gráfico 3 – Coeficiente de incidência de tuberculose no Brasil, 2001 a 2020



Fonte: Brasil (2021b, p. 20).

Em relação ao perfil dos casos novos de TB, nos anos de 2011 a 2020, 69,0% das pessoas acometidas foram do sexo masculino e a raça/cor preta/parda, a predominante. Ao analisar a cura e abandono, que são estratégias fundamentais para o controle da doença e diminuição da cadeia de transmissão, vê-se que permanecem como desafios a serem compreendidos e enfrentados, ainda distantes das metas programadas, uma vez que o Plano Nacional de Saúde vigente (BRASIL, 2021b), preconiza o alcance de 77,5% de cura e uma taxa de abandono menor ou igual a 5% (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Percentual de cura e abandono de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, Brasil, 2001 a 2019



Fonte: Brasil (2021b, p. 22).

Ainda, percorrendo o cenário brasileiro, verifica-se que em âmbito regional, no Estado de MG, o município de JF, apresenta a segunda maior prevalência de TB do Estado, ficando entre os 25 municípios responsáveis por mais de 50% dos casos da doença em MG, e a segunda maior incidência de casos de HIV (ALMEIDA, 2015).

Das diversas populações vulneráveis para as doenças infectocontagiosas, destaca-se a PPL, que desde 2011, está listada como prioritária no PNCT, responsável por elaborar recomendações específicas para o controle da doença intramuros (BRASIL, 2011, 2019). Em 2014, o sistema prisional passa a ser foco do projeto *TB Reach*, ligado ao *STOP TB Partnership* da WHO, que realizou a busca ativa dos casos suspeitos de TB em algumas instituições prisionais do país, por meio do TRM-TB. Os dados do projeto vêm sendo utilizados para embasar as recomendações para o controle da TB na PPL (BRASIL, 2014a; STOP TB PARTNERSHIP, 2014).

A partir da década de 80, com o advento do HIV, a relação com o aumento da TB na população carcerária foi evidente, uma vez que a prevalência do HIV nas prisões é alta, chegando a 10% em mais de 20 países de baixa e média renda.

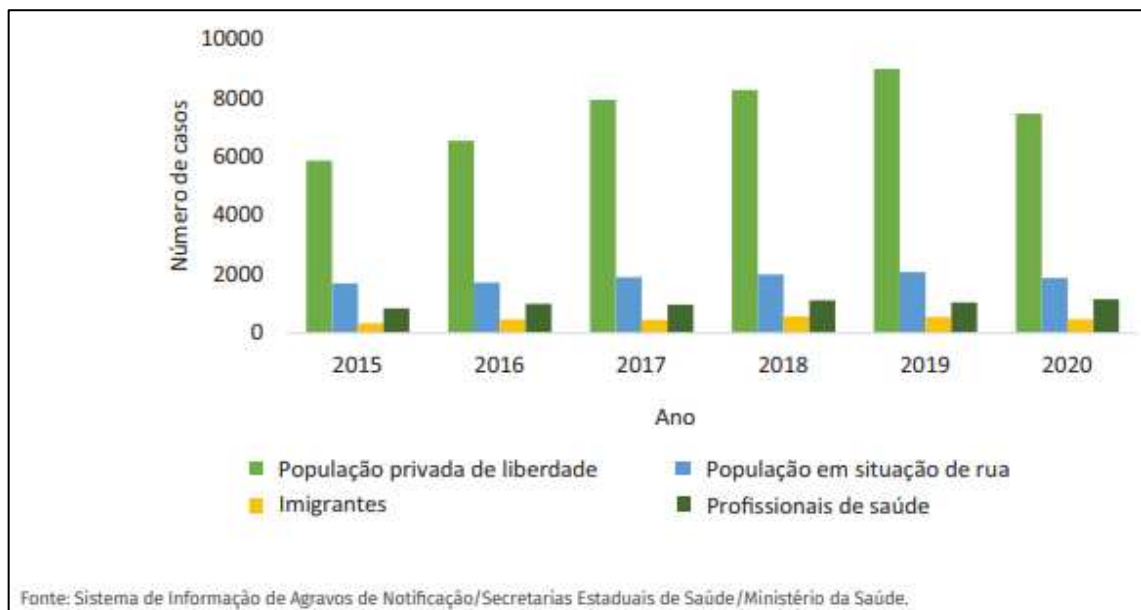
Destacam como fatores coadjuvantes, o uso de drogas injetáveis e a falta de implementação de protocolos de vigilância, monitoramento e tratamentos (CARBONE *et al.*, 2017; DOLAN *et al.*, 2016).

Outro destaque é em relação ao tratamento incorreto da TB no sistema carcerário, o que possibilita o aparecimento de cepas resistentes, sendo observado até 24% dos casos de MDR-TB, pois o usuário estando em situação privada de liberdade, apresenta desfechos desfavoráveis e dificuldades para o controle da doença (DOLAN *et al.*, 2016).

No período de 2010 a 2019, nota-se um aumento da incidência de TB na PPL. Somente no ano de 2019, houve cerca de 11,1% (8.154 casos) de registros da doença nessa população. Além do encarceramento e da presença da TB, que chega a ser 34 vezes maior quando comparado à população em geral, a PPL apresenta história de uso de drogas e taxa de infecção pelo HIV mais elevada do que da população geral, o que agrava o estado da saúde e a forma do tratamento da TB (BRASIL, 2019).

Especificamente no período de 2015 a 2019, pode-se observar o aumento da TB nas populações vulneráveis, com destaque para a PPL (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Incidência da tuberculose nas populações vulneráveis, no período de 2015 a 2020



Fonte: Brasil (2021c, p. 19).

Observa-se que as pesquisas têm corroborado com tais dados, enfatizando a magnitude da tuberculose entre a PPL no contexto mundial e brasileiro. Vê-se que a TB varia entre essa população, chegando a ser de 3 a 1000 vezes maior do que na população civil. Além disso, a presença de outras comorbidades se faz de modo expressivo, comprometendo o diagnóstico, controle e tratamento da doença (CARBONE *et al.*, 2017; MOREIRA *et al.*, 2019; SILVA, B. N. *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2017).

Também a mobilidade do detento dentro do sistema prisional aumenta o risco, uma vez que ele circula entre diferentes instituições, como: sistema judiciário, centros de saúde e comunidade, durante e após o cumprimento de sua sentença. Assim, questões associadas ao enfrentamento da doença refletem não só benefícios individuais, mas sim coletivos, pois impactam a população em geral, uma vez que o risco de adoecimento é partilhado entre guardas, profissionais de saúde, visitantes e todas as pessoas que frequentam e atuam no âmbito das prisões (BRASIL, 2019)

Essa situação vem reforçar que a identificação precoce, o tratamento oportuno e a cura dos casos existentes de TB no sistema prisional, assim como, o acompanhamento, tratamento do HIV/Aids e a compreensão da vulnerabilidade que afeta essa população, são as principais medidas para interromper a cadeia de transmissão dessas patologias.

3.3 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

3.3.1 Conhecendo a síndrome da imunodeficiência adquirida

O Vírus do HIV é um retrovírus classificado na subfamília dos *Lentiviridae*, que causa a doença conhecida como Aids. É transmitido, principalmente, através de relações sexuais desprotegidas, pela via placentária, amamentação e pelo compartilhamento de seringas contaminadas. Ao atingir o organismo, o vírus ataca as principais células de defesa, os linfócitos TCD40+, sendo capaz de multiplicar, romper as células e perpetuar a infecção. É considerada uma das principais IST do mundo, sendo um sério problema de saúde pública (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2014; REIS; BERNARDES, 2011).

Uma importante característica do vírus, é que muitos soropositivos podem viver anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença, embora podem transmitir o vírus a outras pessoas. Nessa perspectiva, são primordiais o uso de medidas de proteção e a realização do teste. Além disso, a detecção precoce do HIV e o tratamento correto, aumentam a expectativa e a qualidade de vida da pessoa que vive com o vírus ou a doença (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2018; MELO *et al.*, 2022).

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de sangue ou por fluido oral, disponíveis de forma gratuita pelo SUS. Após diagnóstico positivo, todas as pessoas têm direito a iniciar a Terapia Antirretrovirais (TARV) e, assim, poupar o seu sistema imunológico. Como o diagnóstico, o tratamento também é realizado gratuitamente pelo SUS, durante toda a vida, por medicamentos específicos, que visam impedir a replicação do vírus e a supressão do sistema imune (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2018).

O processo de infecção pelo vírus, transcurso em quatro fases: fase aguda, onde ocorre a incubação do vírus, com duração de três a seis semanas, podendo acarretar sintomas como de uma gripe e ou passar despercebida pela maioria da população; fase assintomática, marcada pela forte interação entre as células de defesa e rápidas mutações do vírus, que permite o controle da carga viral e que pode durar anos; fase sintomática inicial, marcada pelo aparecimento de sintomas como febre, diarreia, suores e emagrecimento e pela redução das células TCD4+, que torna o organismo mais susceptível a infecções comuns; e a fase do aparecimento da doença, Aids, com forte supressão do sistema imune, que permite o aparecimento de várias doenças oportunistas, dentre elas a TB (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2018).

A Aids não tem cura, mas ao ofertar um cuidado integral ao usuário, pode-se observar uma melhora na qualidade de vida da pessoa e diminuição das complicações da doença, principalmente quando se tem o tratamento contínuo e supervisionado (MELO, 2022).

O seu tratamento surgiu na década de 80 e tem como objetivo inibir a multiplicação do vírus no organismo, evitando a ocorrência da doença. Quando a doença já está presente ele busca transformá-la em uma condição crônica controlável, sem o advento das doenças oportunistas. Há mais de 20 medicamentos disponíveis pelo SUS, que são prescritos de acordo com as características e

necessidades individuais (BRASIL, 2020b). Seguindo os avanços do tratamento, em 2017, o Centro de Controle de Doenças (CDC) americano define que, pessoas com carga viral indetectável não transmitem o vírus, ainda que tenham relações sexuais desprotegidas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, c2022).

Em 2012, foi aprovado o uso dos medicamentos Tenofovir e Entricibatina, como profilaxia pré-exposição ao HIV, conhecido como PrEP, que foi liberado e disponibilizado em 2016 pelo SUS, no Brasil, a base de Truvada. O uso da medicação precisa ser diário e sua indicação não abrange toda a população, sendo indicado às pessoas que tenham maior chance de entrar em contato com o HIV. Também é disponível no SUS, a profilaxia pós-exposição (PEP), utilizada como prevenção de urgência à infecção pelo HIV e outras IST. É indicada em situações de violência sexual, relação sexual desprotegida e acidente ocupacional (BRASIL, 2018, 2021d; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, c2022; MCCORMACK *et al.*, 2016).

Dentre os serviços de saúde voltados à atenção a esses usuários, destacam-se no Brasil, os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) com oferta de um cuidado multidisciplinar e gratuito. Com os avanços acerca do tratamento, ampliação das ações e acompanhamento das pessoas acometidas pelo vírus ou a doença, outros serviços de saúde foram incorporados para oferecer suporte aos SAE, como o da Atenção Básica (AB), os serviços de atenção domiciliar e equipes de consultório na rua, quando indicado, para compor a rede de atenção (BRASIL, 2017b).

Ainda que tenham ocorrido melhorias no diagnóstico e tratamento da doença, com o aumento da TARV e redução de novas infecções por HIV e mortes relacionadas a Aids, a doença permanece como um grande desafio para toda sociedade (MELO, 2022).

3.3.2 O contexto mundial e brasileiro do HIV/Aids

A história do aparecimento do HIV no ano de 1884 na África, está relacionada a transmissão por meio do sangue de um chimpanzé com um humano. Acredita-se que nesse sangue circulava um vírus letal para o humano. Iniciava-se assim, a transmissão entre os homens, mas sem conhecimento profundo sobre os

fatores de adoecimento e as causas de morte (BRASIL, 2021d; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, c2022; GRMEK, 1995).

Século depois, por volta de 1981, os primeiros casos começam a ser descritos em revistas científicas, correlacionados a presença do vírus. Destacaram a morte de um jovem que desenvolveu pneumonia fúngica, presente apenas em pessoas com imunidade comprometida, e primeiro caso do *Sarcoma de Kaposi*, câncer de pele até então raro (UNITED STATES OF AMERICA, [20--]; VERONESI, 1991).

Em 1982, a doença que causava diversos danos ao organismo é denominada de Aids. Mesmo sem conhecimento sobre a real causa da doença, foram confirmados os primeiros casos de Aids no Brasil. A doença foi relacionada aos 5Hs: Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *Hookers* (profissionais do sexo) (BRASIL, 2017b; UNITED STATES OF AMERICA, [20--]) criando vários estereótipos da doença.

Em 1983, finalmente é isolado o vírus em uma glândula de usuários com Aids. Tem-se também a descoberta de vírus em criança e mulher. Esse microorganismo passa a ser conhecido como Vírus Associado a Linfadenopatia. Anos depois, com novas descobertas e crenças, o vírus é renomeado, devido características parecidas com outro vírus já presente nos humanos, sendo chamado de HLTV-III. Essa época foi marcada por grande preconceito, discriminação e perseguição às pessoas portadoras da doença em todo o mundo. E os bancos de sangue iniciaram o teste de avaliação de doadores (SANTOS *et al.*, 2002; UNITED STATES OF AMERICA, [20--]).

Em 1986, o vírus é finalmente conhecido em todo o mundo como HIV, e a doença passa a ser comentada e reconhecida na mídia como Aids. No final dos anos 80, novos conhecimentos são acrescentados ao curso da doença, e inicia o uso de medicamentos para manter baixa a carga viral e melhorar a imunidade. Ao mesmo tempo, várias pessoas defendiam a bandeira da luta contra a doença, enquanto outras pessoas morriam pelo mundo ou sofriam repressão por tê-la (UNITED STATES OF AMERICA, [20--]).

No início dos anos 90, a Aids nos EUA é tida como a principal causa de morte entre os jovens e adultos. É iniciado o teste rápido, liberado pela Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA e o medicamento Zidovudina (AZT) começa a ter sua dispensação realizada pelo SUS, de forma

gratuita no Brasil. Ainda como medidas importantes de prevenção, vigentes na atualidade, há o incentivo do uso de preservativos e descobertas sobre a eficácia do AZT para evitar a transmissão vertical (mãe-filho) (BRASIL, 2017b; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, c2022).

A partir de 1996, começa uma nova era do tratamento da doença. Junto ao medicamento AZT, foi associado outra droga, a Didanosina, essa associação ficou conhecida como TARV, que trouxe novas perspectivas, uma vez que, reduzia a carga viral de forma significativa e as mortes pela doença, em 40%. Em contrapartida, foram relatados vários efeitos colaterais graves e falhas associados ao tratamento, que levaram ao aumento dos números de mortes, entre as pessoas de 15 aos 59 anos, especialmente entre os homoafetivos (UNITED STATES OF AMERICA, [20--]).

Observa-se que a doença é complexa e seus impactos causam importantes mudanças, seja na saúde, seja por relacionar comportamento sexual e adoecimento. Muitos desafios necessitam ser enfrentados ainda no meio científico, com novas descobertas de tratamento e cura, e nos setores sociais, uma vez que a doença atinge toda a humanidade, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política (MELO, 2022).

3.3.3 O impacto do HIV/Aids na população privada de liberdade

No mundo, ao longo do início da epidemia da doença, 74,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 36,3 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas à Aids (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2018). Dados de 2020 revelam que, aproximadamente, 37,7 milhões de pessoas vivem com HIV, dessas 36 milhões são adultos, 1,7 milhão crianças e 53% são mulheres e meninas. Em relação aos casos recentes, os números mostram 1,5 milhão e 680 mil mortes relacionadas à Aids. E que em 2021, 28,2 milhões acessaram à terapia antirretroviral (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2021).

No Brasil, no período de 2007 a junho de 2021, foram notificados 381.793 casos de HIV. No ano de 2020, houve 32.701 novos casos de HIV, 29.917 casos de Aids e um total de 10.417 óbitos envolvendo a doença. A partir de 2012, teve uma diminuição na taxa de detecção da doença, configurando um decréscimo de 35,7% (MELO, 2022).

Ao percorrer os anos de 2010 a 2020, percebe-se uma mudança na concentração de casos de Aids na população. A população masculina acometida anteriormente, pertencia a faixa etária de 40 a 44 anos (59,1 casos/100 mil habitantes), passando a atingir a população mais jovem em 2020 (43,2 casos/100 mil habitantes) (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab) em homens, segundo faixa etária e sexo, Brasil, 2010 e 2020

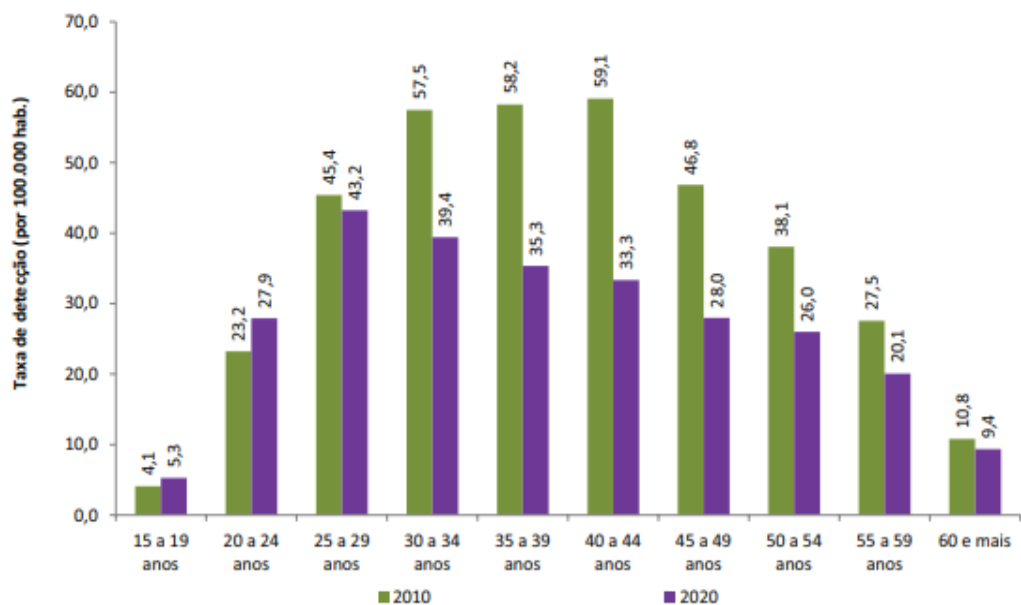


FIGURA 10 - Taxa de detecção de aids (por 100.000 hab.) em homens, segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2010 e 2020*

Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM.

Nota: (*) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2021; no SIM, de 2000 a 2020.

Fonte: Brasil (2021c, p. 17).

Observa-se que ao longo dos dois últimos anos, as diversas crises socioeconômicas e epidemiológicas que afetaram o mundo, impactaram negativamente a vida dos usuários que vivem com HIV/Aids. De acordo com o relatório global da Aids de 2022, houve um atraso da resposta global à pandemia da Aids, advindo da diminuição dos recursos, ações e investimentos e aumento das desigualdades. Conseqüentemente, acarretou aumento da mortalidade e incidência da doença, com mais de 1,5 milhão de novos casos. Foi também perceptível a queda do número de pessoas em tratamento no ano de 2021 (MELO, 2022). E a população feminina, em 2010, que tinha maior taxa de adoecimento, pertencia a

faixa etária de 30 a 34 (33,0 casos/100 mil habitantes) e em 2020, ganha destaque a população adulta com idade entre 40 a 44 anos (15,1 casos/100 mil habitantes) (Gráfico 7) (BRASIL, 2021c).

Gráfico 7 – Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab) em mulheres, segundo faixa etária e sexo, Brasil, 2010 e 2020

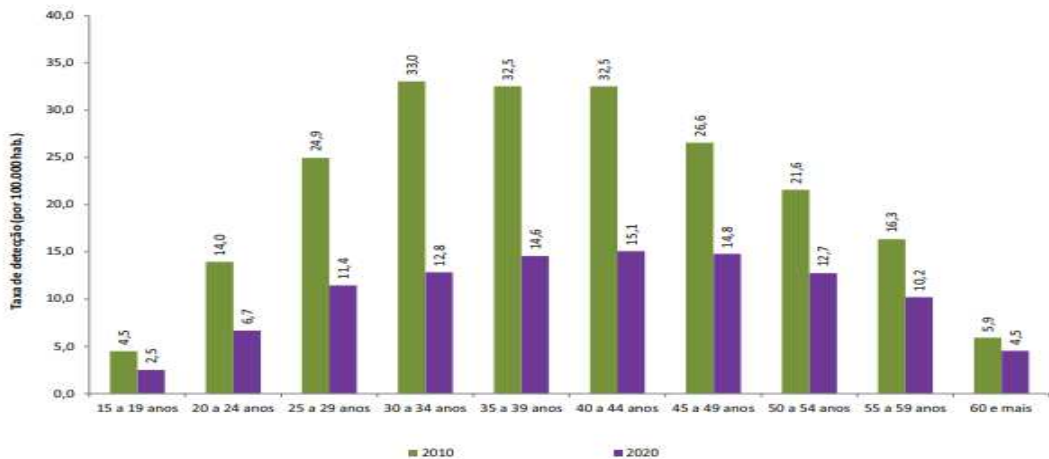


FIGURA 11 – Taxa de detecção de aids (por 100.000 hab.) em mulheres, segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2010 e 2020*

Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM.

Nota: (*) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2021; no SIM, de 2000 a 2020.

Fonte: Brasil (2021c, p. 17).

Em relação as populações-chaves, dados do relatório Communities at The Centre de 2018, mostram que a PPL e seus parceiros sexuais, representam 54% das novas infecções por HIV no mundo e, aproximadamente, 95% das novas infecções por HIV ocorrem na Europa Oriental e Central e no Oriente Médio e Norte da África (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2019). Globalmente, as infecções por HIV entre mulheres jovens (de 15 a 24 anos) sofrem uma reduzida, ainda que, inaceitavelmente 6.000 meninas adolescentes e mulheres jovens se infectam com o HIV todas as semanas (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2019). É necessário discutir e lutar pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e meninas, uma vez que a epidemia do HIV colocou em evidência as muitas falhas na sociedade, falhas que perpassam as desigualdades sociais e de gênero, violência, preconceitos e tabus.

Diante da compreensão sobre o HIV, estudos tem mostrado que a PPL tem maior risco para contrair doenças infectocontagiosas, com elevada prevalência de HIV, relacionado a fatores socioeconômicos, à baixa escolaridade, ao uso intenso de

drogas, a realização de tatuagens em condições inseguras e relações sexuais desprotegidas da população (BERRA; BACETTI; BUZO, 2006; JÜRGENS; NOWAK; DAY, 2011; SOARES FILHO; BUENO, 2016). No entanto, a ausência de registro e subnotificação de todos os casos de HIV/Aids no Sinan, comprometem os dados e impossibilita conhecer a realidade do Sistema Prisional brasileiro (BRASIL, 2021b).

Todavia, é recomendável que Estados e Municípios realizem o diagnóstico quanto às características dos casos HIV/Aids para que reconheçam as vulnerabilidades mais prevalentes em seus territórios, e com isso, adequem estratégias para o enfrentamento da doença (BRASIL, 2017b).

Devido a magnitude e importância epidemiológica, é fundamental referir-se a TB, uma vez que é a principal causa de morte das pessoas acometidas pelo HIV. Estimativas retratam que 2,8% da população carcerária tem TB ativa e 3,8% é acometida pelo HIV (DOLAN *et al.*, 2016). E que 49% das pessoas soropositivas desconhecem sua coinfeção TB-HIV, e, portanto, não estão recebendo cuidados efetivos (AILY *et al.*, 2013; BRASIL, 2017b, 2018; MARQUES *et al.*, 2019).

Ressalta-se que, existem dificuldades, já relatadas há décadas atrás, e que existem necessidades de investimento para que a TB e HIV/Aids se tornem um problema controlado no país, país esse marcado por grandes desigualdades, uma territorialidade expressiva e diversas populações com dificuldades de acesso às políticas públicas (BRASIL, 2011).

4 REFERENCIAL TEÓRICO E MÉTODO DO ESTUDO

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo com aporte na Teoria da Representação Social (TRS) segundo a abordagem processual que tem sua base na interpretação da relação do mundo e os outros (MOSCOVICI, 2017; SÁ, 2015). A abordagem processual da TRS é uma teoria geral abrangente, que considera valores, crenças, opiniões, atitudes, e outros pontos da dimensão subjetiva, de um grupo ou sociedade (JODELET, 2001).

4.1 TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO CAMINHO TEÓRICO DE ANÁLISE

A TRS, surge na França na década de 50, através de uma visão psicanalista, do psicólogo social Serge Moscovici, por meio da busca de entendimento da sociedade, depois de ter renovado o emprego do conceito das representações coletivas, elaborado por Emilio Durkheim (MOSCOVICI, 2003).

Segundo Moscovici (2017), ela visa compreender os fenômenos coletivos e, principalmente, pelas normativas e regras que conduzem o pensamento social, que fazem com que as representações se movimentem no meio de diferentes conceitos e percepções, ou seja, envolve o estudo da sociedade em todas suas expressões dinâmicas. Através da compreensão do conhecimento socialmente organizado de um determinado grupo, é possível construir a realidade comum a esse grupo, podendo ser denominada como saber de senso comum ou ainda saber natural.

Assim, as RS são socialmente construídas e mantêm a harmonia com aquilo que é socialmente desejável/esperado. Remete-se as reflexões do sujeito pelo objeto, sejam elas reais e imaginárias ou objetivas e simbólicas, que vão permitir compreender e interpretar a realidade. Elas integram dois componentes: cognitivo, que perpassa o sujeito ativo com sua estrutura psicológica regida por regras; e o componente social, advindo das condições sociais que vão ser as responsáveis por executar os processos cognitivos (MORERA *et al.*, 2015).

Mesmo que esse conhecimento seja distinto do conhecimento científico, ele se faz fundamental para a vida social e sua interação. Ele contribui para o

desenvolvimento individual e coletivo e o fortalecimento das identidades e expressões pessoal e grupal (SÁ, 2015).

É uma teoria que tem sua base na interpretação da relação do mundo e os outros. É abrangente e considera valores, crenças, opiniões, atitudes, e outros pontos da dimensão subjetiva, de um grupo ou sociedade. Ao ser utilizadas nas pesquisas, possibilita compreender o cotidiano das pessoas, seus comportamentos e conhecimentos (SILVA, S. E. D.; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Destaca-se no estudo as RS segundo a abordagem processual que tem sua base na interpretação da relação do mundo e os outros (MOSCOVICI, 2017). Ela é uma teoria geral abrangente, que considera valores, crenças, opiniões, atitudes, e outros pontos da dimensão subjetiva, de um grupo ou sociedade (JODELET, 2001).

As RS, segundo Moscovici (2017), possuem quatro funções essenciais: função de saber, que busca compreender e explicar a realidade; função identitária, define a identidade e protege a especificidade dos grupos; função de orientação, guia os comportamentos e as práticas sociais; função justificatória, permite a posteriori, justificar as tomadas de posição e os comportamentos adotados pelo grupo social.

No entanto, tendo em vista que a explicação adequada dos fenômenos das RS deve dar conta de suas origens, de seus fins ou funções e das circunstâncias de sua produção, ou seja, dos processos sociocognitivos de objetivação e de ancoragem. O processo sociocognitivo de objetivação é dado pela capacidade de duplicação de um sentido de um objeto por uma figura, pela qual se dá a materialidade a um objeto abstrato. Em contrapartida, a duplicação de uma figura por um sentido, pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto, é cumprida pelo processo de ancoragem (MOSCOVICI, 2017).

Segundo Jodelet (2001, 2005) a RS, é uma forma de conhecimento elaborado a partir da construção da realidade social, sendo compartilhado entre determinados grupos, manifestando por meio de saberes práticos, na expressão da identidade, nas tradições e culturas, na forma e modo de viver, presente nos costumes. Segundo a autora, uma vez que as relações sociais interferem nas RS, sua análise deve perpassar elementos afetivos, mentais e sociais.

A Tuberculose e o HIV tem sido objeto de investigação utilizando a TRS nas últimas décadas pela capacidade de possibilitar a expressão das mais diversas elaborações, como podemos observar nos estudos de Takahashi (2000). Desse

modo, ancorar a análise desses dados na TRS busca compreender que a TB e o HIV continuam sendo eventos na saúde capazes de provocar elaborações diversas sobre o modo de compreender e tomar atitudes para enfrentá-los.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi uma das unidades que compõe o Sistema Prisional do município de JF, localizada na Zona Leste da cidade. Ela apresenta característica mista, sendo referência para PPL feminina e masculina. Foi instituída em 1 de julho de 1965, por meio da Lei nº 3.393, sendo inaugurada em 1966.

Ela atende atualmente 1066 pessoas privadas de liberdade, sendo 202 mulheres e 864 homens. As mulheres ficam em um pavilhão, dividido em celas, com uma média de 20 em cada. Cumpriam medidas provisórias ou se encontravam em regimes fechado, semiaberto e aberto. A população masculina, se encontra dividida em galerias, com pavilhões formados por muros altos e cerca. Em cada cela tem em torno de nove pessoas, todas em regime fechado.

Na referida instituição, trabalham em torno de 360 profissionais, representando várias categorias e funções. Na unidade existe um Núcleo de Saúde, responsável pelo acompanhamento e cuidado, composto por uma equipe de saúde interdisciplinar, tendo os seguintes profissionais: Assistente Social, Farmacêutico, Enfermeiros, técnicos de Enfermagem, Médicos (clínicos/psiquiatra), Psicólogo, Dentista e Assistente Administrativo.

Compõem também o Sistema Prisional, o Núcleo Escolar; um Núcleo Penal que realiza auxílio administrativo jurídico; Núcleo Jurídico que é responsável pela execução penal da PPL; Núcleo de Segurança Interna, responsável por realizar a organização da escolta; Comissão técnica responsável pela inserção da PPL no trabalho (interno, externo); Assessoria de Informação e Inteligência; Setor de Coordenação de Segurança; e Setor de Coordenação de Trânsito.

Em termos de estrutura física, a instituição sofre de má conservação, estruturas antigas e como em todo o país, de superlotação e precariedade. É composta por 13 salas, 1 saguão, 2 banheiros e uma sala de depósito de materiais voltadas para assistência à saúde, uma sala do Conselho Disciplinar, uma Sala de Produção/CTC, duas salas que se transformaram em Fábricas uma para a produção de roupas e outra, que oferece curso profissionalizante de panificação, uma Sala do

Diretor de Segurança, uma Sala do Suporte de Tecnologia de Informação, uma Sala para Sedex, um Parlatório (atendimento dos advogados), Uma Sala da Direção Administrativa e Direção Geral, uma Sala do Recursos Humanos, uma Sala do almoxarifado, uma sala para admissão da PPL, banheiros, cozinha, refeitório e uma área central externa, utilizada para banho de sol.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo, 68 mulheres privadas de liberdade. Não houve recusa de nenhuma participante. Foram critérios de inclusão: mulher privada de liberdade, maior de 18 anos, independente da etnia ou raça, religião, convicção política, condição econômica e que aceitou participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em 2 vias. Uma via permaneceu na Instituição e a outra ficará arquivada com os pesquisadores por um período de 5 anos para consultas futuras. Como critérios de exclusão adotou-se: a mulher privada de liberdade que por algum motivo não estava presente no momento da coleta de dados.

4.4 ORGANIZAÇÃO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados durante o dia, nos turnos manhas e tardes, de segunda à sexta, no período de 01 outubro a 20 de dezembro de 2021. As entrevistas seguiram a lista de mulheres, fornecida pela administração da Unidade Prisional, respeitando assim os critérios de organização e disponibilidade da Unidade. Este processo foi combinado semanalmente com a equipe de saúde e segurança da Unidade.

As entrevistas aconteceram após leitura e assinatura do TCLE. Todas as participantes sabiam ler e escrever, assim, não foi, necessária a assinatura por impressão digital. Ocorreram de forma individual, preservando o sigilo e privacidade das participantes. O tempo médio das entrevistas foi de 25 minutos.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos distintos, com dois grupos de mulheres (grupo A e grupo B), mediante aplicação de técnicas diferentes. Cada grupo teve a participação de 34 mulheres. Esse número de participantes se refere a saturação dos dados, que de acordo com a literatura científica, acontece em torno

de 20 a 30 entrevistas, sendo a base para atender os objetivos do estudo. Importante frisar que a amostra qualitativa ideal se faz na capacidade de refletir as dimensões de determinado fenômeno, a qualidade das ações e interações durante a coleta (MINAYO, 2017).

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos. O primeiro instrumento, um questionário semiestruturado (Apêndice B), foi usado nos dois grupos, buscando identificar as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, naturalidade, profissão/ocupação, orientação sexual, filhos, tipo de regime, tempo penal e tempo de permanência no sistema prisional), comportamentais (uso de drogas lícitas e ilícitas prévias e dentro do sistema prisional e contato com tuberculose pulmonar na penitenciária ou fora dela), história de saúde (tratamento anterior de tuberculose ativa ou contato próximo com portador, infecção por HIV/Aids e presença de outras comorbidades crônicas e uso de medicamentos).

O segundo instrumento, aplicado no grupo A, valeu-se da técnica projetiva, realizada através de palavras previamente selecionadas, inerentes ao conceito científico dos termos indutores (Apêndice C). Participaram 34 mulheres e as entrevistas aconteceram em uma sala, disponibilizada dentro do pavilhão feminino, com duração média de 20 minutos e no período de 01 de outubro a 05 de novembro de 2021.

Foi entregue e explicado a cada participante o instrumento de coleta, e solicitado a cada uma que marcasse até cinco palavras ou expressões, por ordem de importância, que viessem à mente após a enunciação dos termos, sendo a primeira palavra com maior importância recebendo o número um e a quinta com menor importância, o número cinco. Os termos indutores foram: “saúde”, “cuidado”, “tuberculose” e “HIV/Aids”, sendo cada termo apresentado por 12 palavras específicas. Durante as escolhas das palavras, as mulheres foram explicando e justificando suas opções.

A técnica projetiva vem possibilitar que a participante vivencie sensações visuais e emocionais na manifestação de conteúdos afetivos, que emergem do inconsciente e se materializa por meio das escolhas. As técnicas projetivas se fazem por meio de perguntas indutoras e respostas que se fazem de modo simbólico e não direto, trazendo à tona seu imaginário (IGNEZ, 2011).

Ainda de acordo com o autor, a aplicação da técnica, é importante para trabalhar temáticas difíceis de serem expressas pelas participantes, como é o caso do presente estudo que trabalhou o processo saúde-cuidado e a questão da TB e HIV/Aids, com mulheres privadas de liberdade. Além da precariedade do Sistema Prisional, as questões levantadas são embutidas por tabus e preconceitos, sendo, muitas vezes, ocultas.

A técnica projetiva, desponta aquilo que o sujeito não pode ou não quer dizer, frequentemente por não se conhecer bem, e isso se dá por meio do acesso ao mundo dos sentidos, significados, padrões e sentimentos (FRANK apud PINTO, 2014). Contudo, essa técnica possibilitou as participantes, expressar e refletir sobre sensações, sentimentos e conhecimentos, relativas a essas temáticas tão intimistas, dentro do contexto em que estão inseridas. Foi imprescindível para a formação da RS, uma vez que as mulheres recorreram ao que é familiar e reconheceram as circunstâncias trazidas nas palavras em sua cotidianidade.

O terceiro e último instrumento foi baseado na técnica da entrevista aberta utilizando um roteiro semiestruturado (Apêndice D), onde se buscou apreender as Representações do processo saúde-cuidado e os significados atribuídos à Tuberculose e HIV/Aids pelas mulheres privadas de liberdades. Sempre que necessário as perguntas eram adaptadas ou complementadas. Participaram do estudo 34 mulheres privadas de liberdade, que formaram o grupo B. As entrevistas aconteceram no Núcleo de saúde, em uma sala disponibilizada pela enfermagem, de forma individual e flexibilizando a coleta de informações, com duração média de 25 minutos, no período de 08 de novembro a 20 de dezembro de 2021 e foram transcritas na íntegra, no momento da coleta, uma vez que, a instituição não possibilitou a entrada de gravador.

Em meio a todo o processo da coleta de dados, pode-se perceber que algumas mulheres demonstraram maior receio, enquanto outras, eram mais falantes, tendo maior facilidade em relatar experiências pessoais, principalmente aquelas relacionadas com a própria família e o motivo de estarem ali. Ao falar sobre uso de drogas, tatuagens e violência, elas mantinham certo cuidado, seja no tom de voz, nos olhares ao redor e nos gestos. É perceptível que quanto maior o tempo de privação, maior a segurança e a desenvoltura em expressar e responder as perguntas.

Durante as entrevistas, a mulher privada de liberdade falava de suas vivências pessoais e familiares, embora não fosse questionada sobre tal. Tinham liberdade em dizer sobre o aprisionamento, em especial quando este tinha relação com tráfico e ou violência doméstica seguido de morte do companheiro. Também foi vivida situações de choro e comoção quando se referia aos filhos e abandono dos familiares

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Destaca-se que desenvolver estudos baseando em uma teoria, por meio de método qualitativo e diferentes técnicas de maneira articulada é fazer ciência. Segundo Minayo (2012), a qualidade da análise, também se faz pela arte, experiência e capacidade do pesquisador adentrar nas questões investigadas. E ainda, para compreender é necessário reconhecer que a singularidade, a experiência e vivência de determinado indivíduo se faz no âmbito coletivo e cultural.

Desse modo, o presente estudo, por meio da análise de dados, buscou compreender a singularidade do processo saúde-cuidado e doenças infecciosas, TB e HIV/Aids, por mulheres dentro do Sistema Prisional. Nesse tópico são apresentados como os dados coletados foram tratados, objetivando alcançar as RS do grupo estudado.

Para a análise de caracterização das participantes, os dados foram transcritos e tratados segundo a frequência absoluta e relativa de cada variável e apresentada em tabelas com o apoio do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26.

Para tratar os dados advindos da técnica projetiva, eles foram digitados em planilha Excel e analisados por meio do programa SPSS segundo a estatística descritiva. A discussão dos dados teve aporte teórico da TRS (MOSCOVICI, 2003).

Em relação as entrevistas, estas foram lidas e relidas de forma atenta e exaustiva, selecionando as Unidades de Registros (UR), com apoio do *software* NVivo Pro11®. Posteriormente foram agrupadas em Unidades de Significação (US), definindo-as em categorias conceituais segundo reagrupamento analógico das UR conforme as três etapas da análise de conteúdo temático-categorial a saber: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, inferência e a

interpretação (BARDIN, 2020; OLIVEIRA, 2016; SILVA, S. E. D.; CAMARGO; PADILHA, 2011).

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Buscando contemplar os objetivos da pesquisa, o projeto foi apresentado ao Ministério da Justiça do Estado de Minas Gerais e aos coordenadores das instituições, que compõem o Sistema Prisional do município de Juiz de Fora, sendo apreciado e aceito por eles. Posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJF, obedecendo a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), sendo apreciado e aprovado sob o parecer de número 3.784.839, no dia 19 de dezembro de 2019 (Anexo A).

Foram adotados procedimentos para manter o anonimato das participantes conforme a ordem das entrevistas, por meio do uso de letras seguidos de números (A1, A2, A3). Os dados permanecerão guardados por 5 anos em um computador, com senha e acesso exclusivo para as pesquisadoras. A pesquisa apresentou riscos mínimos as suas participantes e todas as etapas cumpriram os preceitos éticos profissionais.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, TIPO DE REGIME PENAL E HISTÓRICO DE SAÚDE E DOENÇA DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

Os dados são apresentados pelas Tabelas 1, Tabela 2 e Tabela 3. As tabelas se referem as características dos Grupo A (mulheres que responderam a técnica projetiva) e Grupo B (mulheres que participaram da técnica de entrevista aberta), cada grupo com 34 participantes, totalizando 68.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n = 68)

Variáveis	continua			
	Jogo de palavras (Grupo A)		Entrevista aberta (Grupo B)	
	F	%	F	%
<i>Idade</i>				
18 a 24	5	14,8	3	8,8
25 a 29	9	26,6	10	29,5
30 a 39	12	35,3	12	35,3
40 a 49	5	14,9	7	20,6
50 a 59	3	8,8	1	2,9
≥60	–	–	1	2,9
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Cor de pele autodeclarada</i>				
Branca	6	17,6	6	17,6
Amarela	1	2,9	1	2,9
Parda	21	61,9	18	53,0
Negra	6	17,6	9	26,5
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Naturalidade</i>				
Juiz de Fora	12	35,3	8	23,5
Outras cidades mineiras	17	50,0	23	67,7
Outro estado	4	11,8	3	8,8
Outro país	1	2,9	–	–
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Escolaridade</i>				
Nenhuma	–	–	–	–
Fundamental incompleto	16	47,0	13	38,3
Fundamental completo	2	5,9	11	32,3

conclusão Variáveis	Jogo de palavras (Grupo A)		Entrevista aberta (Grupo B)	
	F	%	F	%
Médio incompleto	5	14,7	4	11,8
Médio completo	9	26,5	3	8,8
Superior incompleto	2	5,9	3	8,8
Superior completo	—	—	—	—
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Profissão</i>				
Não informado	3	8,8	2	5,9
Autônoma	16	47,1	—	—
Estudante	2	5,9	2	5,9
Do lar	4	11,7	2	5,9
Trabalho informal	8	23,6	27	79,4
Aposentada	1	2,9	1	2,9
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Orientação sexual</i>				
Heterossexual	29	85,4	22	64,8
Bissexual	3	8,8	4	11,7
Lésbica	2	5,8	8	23,5
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Estado civil</i>				
Solteira	14	41,2	16	47,0
União estável	8	23,5	8	23,6
Casada	7	20,6	7	20,6
Divorciada	2	5,9	1	2,9
Viúva	3	8,8	2	5,9
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Número de filhos</i>				
Sem filhos	4	11,7	10	29,4
1-2	15	44,2	10	29,4
3-4	10	29,4	10	29,4
≥ 5	5	14,7	4	11,8
Total	34	100,0	34	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Tabela 2 – Caracterização do cumprimento de pena das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n = 68)

Variáveis	Jogo de palavras (Grupo A)		Entrevista aberta (Grupo B)	
	F	%	F	%
<i>continua</i>				
<i>Tipo de regime</i>				
Aberto	1	2,9	–	–
Semiaberto	7	20,6	17	50,0
Fechado	11	32,4	8	23,5
Provisório	15	44,1	9	26,5
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Tempo previsto de pena em anos</i>				
Não sabe	15	44,2	9	26,5
≤10	13	38,2	15	44,1
11 a 19	5	14,7	8	23,5
≥20	1	2,9	2	5,9
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Tempo de prisão em meses</i>				
≤6	20	58,9	9	26,5
7 a 12	6	17,6	4	11,7
13 a 18	3	8,8	3	8,8
19 a 24	3	8,8	9	26,5
≥25	2	5,9	9	26,5
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Número de pessoas em sua cela</i>				
≤15	–	–	6	17,6
16 a 25	12	35,3	9	26,5
26 a 35	22	64,7	19	55,9
Total	34	100,0	34	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Tabela 3 – Caracterização do perfil de saúde e doença das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n = 68)

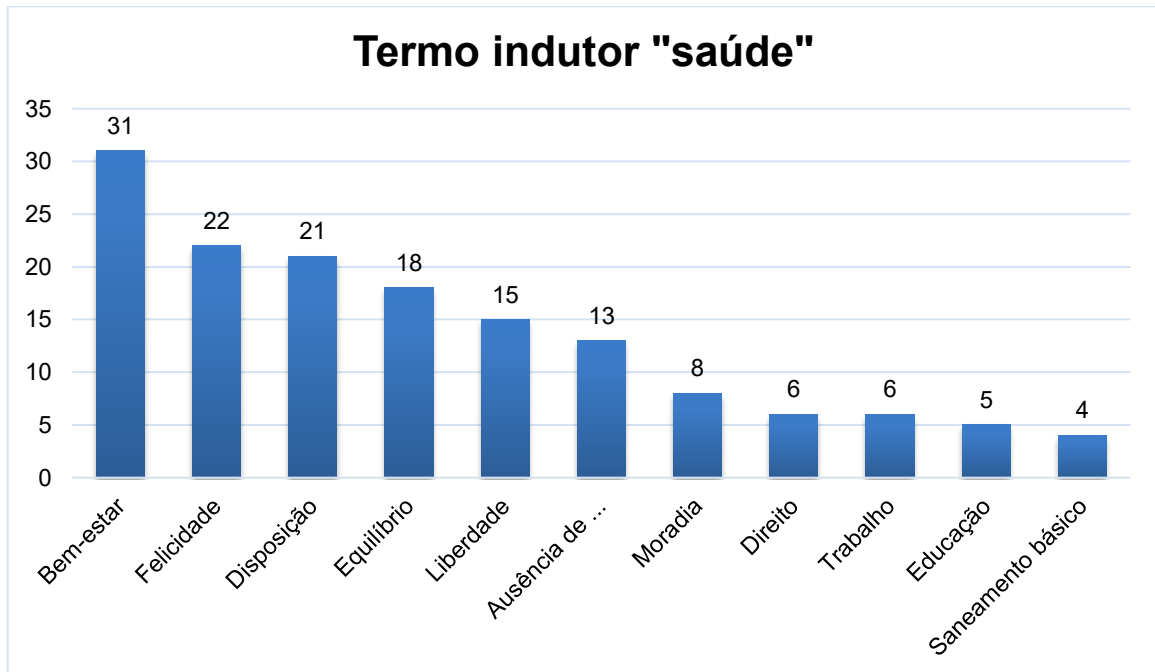
Variáveis	Jogo de palavras (Grupo A)		Entrevista aberta (Grupo B)	
	F	%	F	%
<i>DCNT</i>				
Sim	22	64,7	18	52,9
Não	12	35,7	16	47,1
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Uso contínuo de medicamentos</i>				
Sim	22	64,7	25	73,5
Não	12	35,7	9	26,5
Total	34	100,00	34	100,0
<i>Tabagista</i>				
Sim	22	64,7	27	79,4
Não	11	32,3	5	14,7
Ex-usuária	1	3,0	2	5,9
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Uso de drogas ilícitas</i>				
Sim	1	3,0	7	20,6
Não	9	26,4	7	20,6
Ex-usuária	24	70,6	20	58,8
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Presença de HIV/Aids</i>				
Sim	1	3,0	1	3,0
Não	33	97,0	33	97,0
Total	34	100,0	34	100,0
<i>Histórico de tuberculose</i>				
Sim	6	17,7	5	14,7
Não	28	82,3	29	85,3
Total	34	100,0	34	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

5.2 FREQUÊNCIA DOS TERMOS INDUTORES: CUIDADO; SAÚDE; TUBERCULOSE; HIV/AIDS

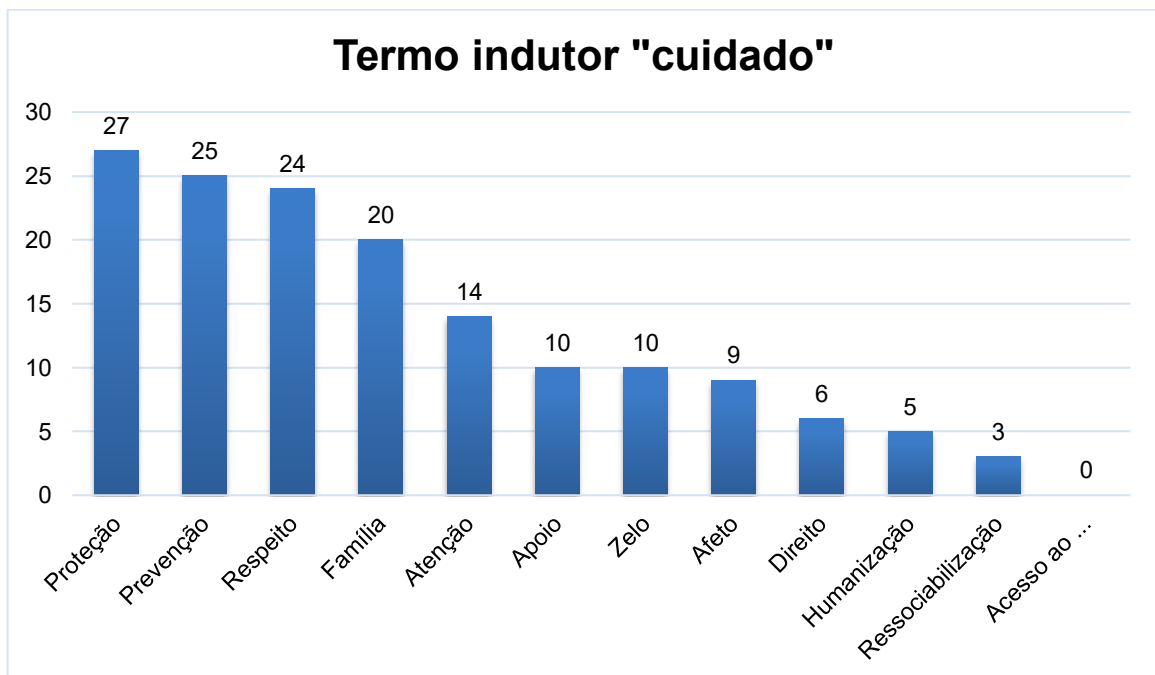
Os dados advindos da técnica projetiva, foram digitados em planilha Excel e analisados por meio de estatística descritiva, descritos a seguir pelo Gráfico 8, Gráfico 9, Gráfico 10 e Gráfico 11.

Gráfico 8 – Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade ao termo indutor “saúde”, Juiz de Fora, 2021 (n = 34)



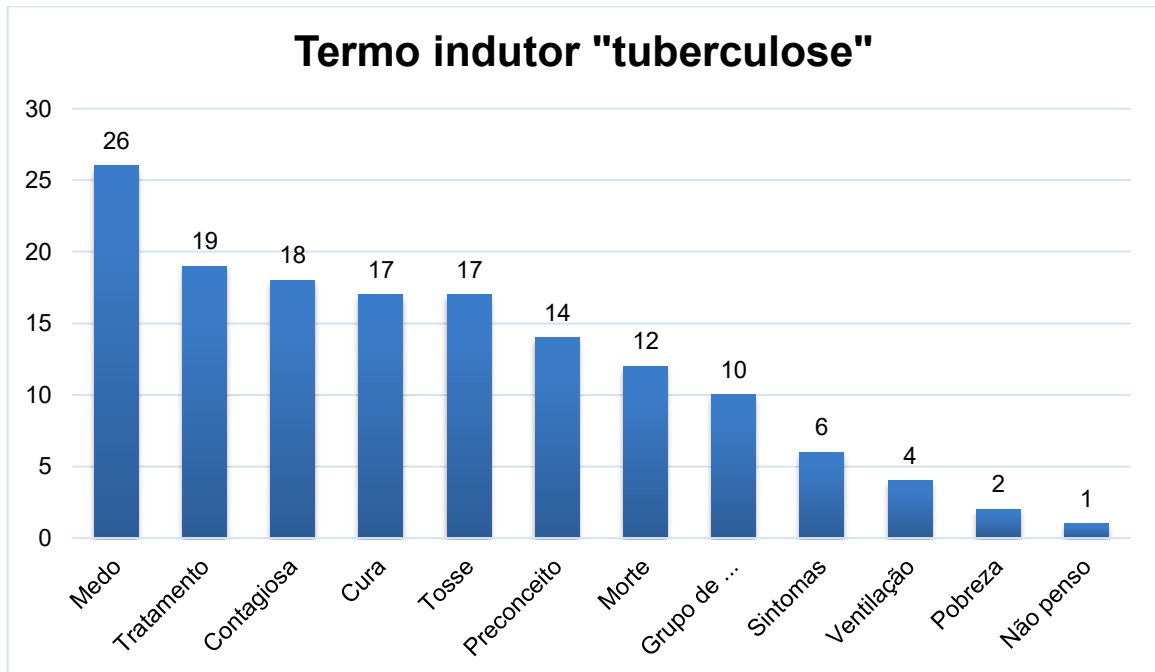
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 9 – Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade ao termo indutor “cuidado”, Juiz de Fora, 2021 (n = 34)



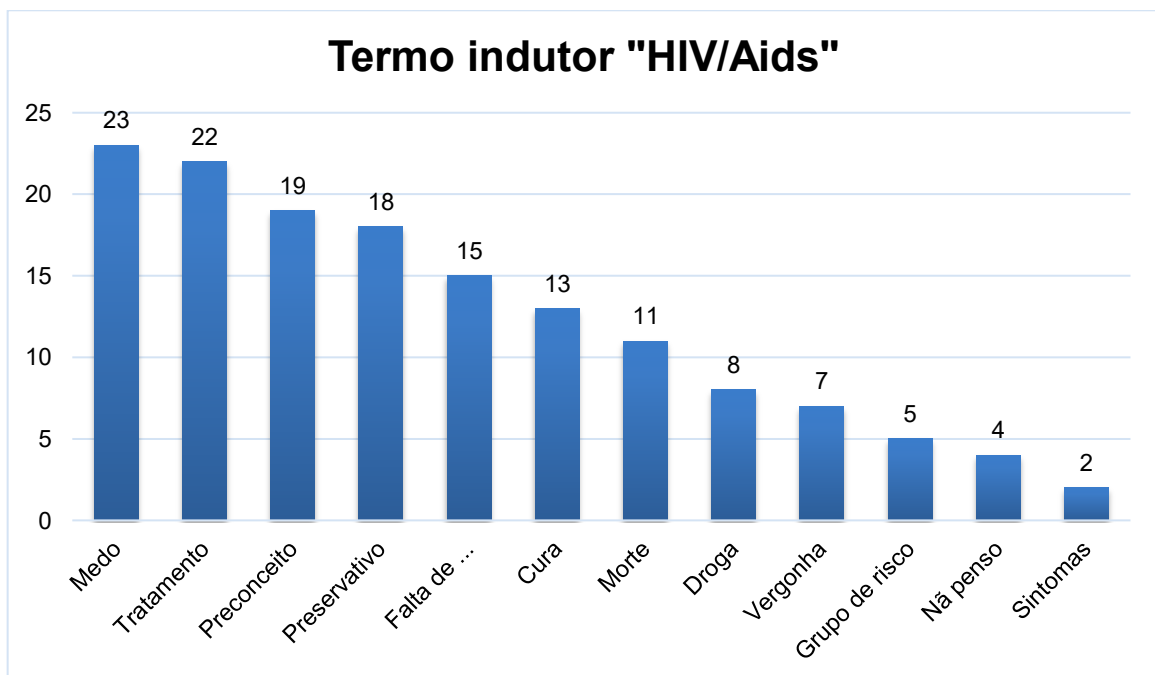
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 10 – Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade ao termo indutor “tuberculose”, Juiz de Fora, 2021 (n = 34)



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 11 – Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade ao termo indutor “HIV/Aids”, Juiz de Fora, 2021 (n = 34)



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Ressalta que o termo indutor SAÚDE, foi baseado no seu conceito ampliado, como sendo: “pleno bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença” (BRASIL, 1986). O termo indutor CUIDADO, teve sua referência, sendo como: “ um modo de fazer na vida cotidiana, que se caracteriza pela atenção responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização” (PINHEIRO, MATTOS, 2005).

O termo indutor Tuberculose, conceituado como: uma doença infecciosa e transmissível, caracterizada pela tosse, que tem tratamento e cura, e que nos seus casos graves pode levar a morte (BRASIL, 2021c). E o termo indutor HIV, utilizou-se como conceito: o HIV é um vírus que se espalha através de fluídos corporais, podendo levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Não existe uma cura, contudo possui tratamento que pode melhorar a qualidade de vida dos usuários diminuir as chances de transmissão.

5.3 CATEGORIAS CONCEITUAIS SEGUNDO REAGRUPAMENTO ANALÓGICO DAS UNIDADES DE REGISTROS

Em relação as entrevistas, estas foram lidas e relidas de forma atenta e exaustivas, selecionando as UR, sendo agrupadas em US, definindo-as em duas categorias conceituais segundo reagrupamento analógico das UR (Quadro 1):

- a) Concepções do Processo de saúde-doença e as relações de (auto)cuidado compartilhados socialmente;
- b) Constructos representacionais da vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade as Infecções por HIV/Aids e demais IST.

A análise de conteúdo temático categorial contou com o apoio o *software* NVivo Pro11® para a definição das categorias a priori, e o adensamento teórico foi confirmado pela correlação de Pearson $\geq 0,7$, além da capacidade dos resultados de refletir em quantidade e em intensidade a multidimensionalidade do fenômeno investigado em busca da qualidade e do aprofundamento dos conteúdos discursivos emitidos por cada participante (BARDIN, 2020; OLIVEIRA, 2016).

Quadro 1 – Esquema representativo da análise de conteúdo temático categorial das participantes (n = 34)

		FRAGMENTOS DE DISCURSOS EXEMPLIFICATIVOS		Dendograma e gráfico de círculo
Dimensões Representacionais		Categoria 1: Concepções do Processo de saúde-doença e as relações de (auto)cuidado compartilhados socialmente	Categoria 2: Constructos representacionais da vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade as Infecções por HIV/Aids e demais ISTs	<p>Não em cluster por similaridade de palavras</p> <p>LEGENDA: Funções representacionais 1- Do saber. 2- Identitária. 3- Orientadora. 4- Justificadora. Processos sociocognitivos TRS 5- Objetivação. 6- Ancoragem. Origens representacionais 7- Próprias. 8- Familiares. 9- Crenças. 10- Valores 11- Profissionais de saúde. 12- Sistema Prisional. 13- Relações de cuidado. 14- Conhecimentos sobre autocuidado.</p>
	Informativa/Cognitiva	Ter saúde engloba saúde mental e a sexual também é necessária! A1 . Uma pessoa saudável, é aquela que se alimenta bem, não usa drogas e não bebe. A2 . Saúde é estar bem psicologicamente, ser saudável e estar bem com você. A4 . Então, saúde é não estar doente. A17 . Não tenho saúde. Tenho surtos e crises, ainda tenho a pressão alta. A18 . Saúde é ter bem-estar. A26 . Saúde é quando não se tem doença, é não precisar de remédios. A28 . Saúde é ter uma alimentação saudável, ter horário para acordar e dormir. Não estou dormindo, preciso de remédios. Mas afinal, saúde é tudo e ninguém é totalmente saudável. A32 . Acho que minha saúde é excelente, pois saúde é levantar bem e não sentir dores. A33 .	Aqui tem muito problema de pele, por conta do ambiente úmido. Sei que o HIV não tem cura, mas também, não é assim como dizem. Existe um alto risco a respeito de como as meninas se relacionam (sem uso de preservativo). A1 . Tenho Medo. Porque a aids a gente não vê no rosto. A2 . IST é por descuido! A4 . Minha saúde, acho boa. Por não ter dado positivo nos exames lá fora (testes rápidos). A11 . Eu fico com medo da doença (HIV/Aids). Tenho dúvidas se posso pegar. A18 . Eu tive contato com pessoas com HIV na rua e na cela, e fiquei com medo, pois cheguei a dar um beijo nela. A26 . Tenho medo porque a gente não sabe quem tem HIV. A29 . Acho que é descuido da pessoa mesmo. Aqui fazemos tatuagem, e fico com medo de ter pegado. A31 .	
	Valorativa/Reflexiva	Aqui poderia ser mais humanizado, as cores, é um ambiente frio, passa tristeza, coisa que não acontece entre a gente. O ambiente não condiz com a nossa vida dentro da cadeia. Me sinto amparada, minimamente, falando... Não em relação ao sistema. Porque somos tratadas muito bem, mas, aqui não se tem estrutura, não temos muitos recursos. Ter saúde é estar bem consigo mesma e com a sociedade. Esse afastamento chocante da gente tem da sociedade aqui não é saúde. A1 . Até que me sinto cuidada e protegida no Sistema Prisional. A11 . Aqui, não me sinto cuidada, por conta do tempo de espera para atendimento de saúde. A15 . Não me sinto cuidada. Ser cuidada é ter alguém que olha por você. A17 . Minha saúde é ruim, pois eu queria estar com meu filho lá fora. A18 . Cuidada? Nem tanto, ainda não fui ao médico. A23 . Não me sinto cuidada, a gente é muito esquecida. A25 . Meu filho é minha única família e está preso. A33 .	No presídio tinha que ser obrigatório (fazer os testes). Não sabemos quem são as pessoas que convivemos e nem o que elas têm. A4 . Até hoje não consegui passar de novo no médico. A19 . Que Deus me proteja. A20 . HIV eu não tenho, graças a Deus. A32 . Mas, você ainda é a mesma pessoa, independente se tem ou não tem HIV, basta você se cuidar. A30 .	
	Comportamental/Atitudinal	Evito compartilhar as coisas pessoais. Deixo tudo perto de mim. Para ser cuidada, evitamos não compartilhar nada. Tem gente que bebe no mesmo copo. Cigarro é muito compartilhado e fica todo mundo fumando junto. A6 . As companheiras de cela se ajudam, as vezes discute de manhã e de tarde já está todo mundo de bem. A17 . Eu velo muito pela minha saúde pois se não tem saúde, não tem nada. A19 . Não me sinto cuidada, mas o aprendizado é algo bom aqui, para nunca mais voltar. A26 . Me sinto cuidada pelas agentes. Não tenho o que reclamar. Elas estão sempre perguntando se precisamos de algo. A33 .	Ao longo da minha vida já tive contato com o HIV, em uma da cela, ela fez tratamento. A1 . Na minha cela tem uma menina que tem sífilis e HIV e todas convivem com ela. A2 . É triste, mas, a gente tem que se cuidar, temos que fazer a nossa parte. Temos que nos cuidar! A4 . Tenho medo. Aqui dentro ninguém se protege. A6 . Então! Minha ex-mulher tinha HIV/Aids e fazia tratamento no CTA. E eu não fazia uso de preservativos com ela. A10 . Aprendi a conviver. Eu faço tratamento no SAE há mais de 20 anos. Descobrir após testar positivo durante o pré-natal. Foi um descuido meu. A pessoa não devia ter deixado de falar para mim que tinha HIV. Tem mais de 20 dias que não tomo remédios do HIV, estou preocupada. A20 . Eu já tive contato com o HIV com uma presa daqui. Eu não sabia... foi maldade. Depois que me falaram. A30 .	
Imagética/Objetiva	Minha saúde é regular por conta dos problemas mentais. A1 . Saúde é tudo. Sem saúde você não faz nada. Pelo fato de estar fumando, considera que minha saúde poderia ser melhor. A14 . Acho minha saúde regular, porque eu tenho enfisema pulmonar. A19 . Aqui é muito difícil ser cuidada. Muita mulher para usar o mesmo vaso. A21 . Minha saúde antes da Covid-19 era boa, depois que tive, ficou mais ou menos, pois me dá muita falta de ar. Então saúde é respirar bem. Tratar bem da saúde, comer e dormir. Saúde é tudo, para começar a viver tem que ter saúde. Não somos cuidadas. Banho frio, comida não é boa, muita gente. A25 . Não me sinto cuidada. Comida é ruim, banho é frio. Tomar banho gelado de doer. A26 . Não me sinto cuidada. É muita gente junta A31 .	Aqui tem uns mitos. Aqui tem muito disso sobre o HIV. A1 . Eu não sou preconceituosa, mas aqui não tem estrutura para a pessoa se cuidar direito. Então! É difícil. A19 . Meu ex-companheiro acho que morreu e nem sabia que tinha HIV. A20 . Minhas irmã e mãe são positivas para o HIV. Mãe falecida. Minha irmã começou a ir para gandaia e pensamos que foi nessa época que ela pode ter pegado, agora torna um bocado de remédio. A gente descuida e acaba assim. A33 .		

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

6 DISCUSSÕES

Contudo, buscando atender aos objetivos da presente tese, a discussão dos dados é apresentada em formato de artigos, descritos abaixo¹.

- a) Artigo 1: Perfil dos casos de tuberculose entre a população privada de liberdade (submetido nos Cadernos ESP/CE).
- b) Artigo 2: Representações Sociais de Mulheres privadas de liberdade sobre Cuidado, Saúde e Infecções por HIV/Aids (Submetido na Revista Ciência & Saúde Coletiva).
- c) Artigo 3: Mulheres Privadas de Liberdade: Representações Sociais sobre Saúde, Cuidado e Tuberculose (Submetido na Revista Saúde em Debate).

¹ As referências dos artigos seguem as orientações de apresentação das revistas a que foram submetidos.

6.1 ARTIGO 1

Perfil dos casos de tuberculose entre a população privada de liberdade**Profile of tuberculosis cases among the population deprived of liberty*****Perfil de los casos de tuberculosis em la población privada de libertad*****Autores**Denicy de Nazaré Pereira Chagas¹Isabel Cristina Gonçalves Leite²Lílian do Nascimento³Luiza Vieira Ferreira⁴Girlene Alves da Silva⁵

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Enfermeira da prefeitura de Juiz de Fora. **Orcid:** orcid.org/0000-0001-5928-4384

² Professora Titular da Universidade Federal de Juiz de Fora/ Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil. **Orcid:** orcid.org/0000-0003-1258-7331

³Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professora do Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais, campus São João del-Rei (IF Sudeste MG, campus SJDR); **Orcid:** orcid.org/0000-0002-4053-2891

⁴Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); **Orcid:** orcid.org/0000-0003-4522-190X

⁵Professora Titular da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)/ Faculdade Enfermagem; Juiz de Fora, MG, Brasil. **Orcid:** [orcid.org/ 0000-0002-8758-1156](https://orcid.org/0000-0002-8758-1156)

AUTORA CORRESPONDENTE:

Denicy de Nazaré Pereira Chagas

Rua Doutor Kalil Abrahão Hallack, 14. Santa Cruz. CEP: 36088-332/Juiz de Fora/MG

E-mail: dchagas.enf@gmail.com

Tel:(32)98436493

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil dos casos de tuberculose entre a população privada de liberdade dos presídios brasileiros, no período de 2014 a 2018, compreendendo fatores regionais e clínicos. **Métodos:** realizou um estudo ecológico, com a análise da tendência da prevalência da Tuberculose na população prisional, considerando o recorte temporal de 2014 a 2018. Os dados foram obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Resultados:** traduzem um panorama preocupante da tuberculose entre a população privada de liberdade no contexto brasileiro, juntamente com a alta prevalência do HIV/Aids e consumo de álcool e outras drogas, comorbidades que afetam o diagnóstico e tratamento da tuberculose e que há lacunas no controle e acompanhamento da doença. **Considerações finais:** faz-se necessário ações educativas permanentes de prevenção, proteção e promoção de sua saúde, para que minimizem os riscos potenciais de adoecimentos por tuberculose nos presídios brasileiros.

Descritores: Prisões; Tuberculose; HIV.

ABSTRACT

Objective: was to describe the profile of tuberculosis cases among the deprived population of Brazilian prisons, from 2014 to 2018, including regional and clinical factors. **Methods:** It carried out an ecological study, with the analysis of the trend in the prevalence of Tuberculosis in the prison population, considering the time frame from 2014 to 2018. Data were obtained from the Information System for Notifiable Diseases. **Results:** reflect a worrying panorama of tuberculosis among the population deprived of liberty in the Brazilian context, together with the high prevalence of HIV/AIDS and the consumption of alcohol and other drugs, comorbidities that affect the diagnosis and treatment of tuberculosis and that there are gaps in the control and monitoring of the disease. **Final considerations:** and permanent educational actions for the prevention, protection and promotion of their health are necessary, in order to minimize the potential risks of illnesses caused by tuberculosis in Brazilian prisons.

Descriptors: Prisons; Tuberculosis; HIV.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de los casos de tuberculosis entre la población privada de libertad en las cárceles brasileñas, de 2014 a 2018, incluyendo factores regionales y clínicos. **Métodos:** se realizó un estudio ecológico, con el análisis de la tendencia de la prevalencia de Tuberculosis en la población penitenciaria, considerando el marco temporal de 2014 a 2018. Los datos se obtuvieron del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria. **Resultados:** reflejan un panorama preocupante de la tuberculosis entre la población privada de libertad en el contexto brasileño, junto a la alta prevalencia de VIH/SIDA y consumo de alcohol y otras drogas, comorbilidades que afectan el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y que existen brechas en el control y seguimiento de enfermedades. **Consideraciones finales:** son necesarias acciones educativas permanentes para la prevención, protección y promoción de su salud, con el fin de minimizar los riesgos potenciales de tuberculosis en las cárceles brasileñas.

Palabras llave: Prisiones; Tuberculosis; VIH

INTRODUÇÃO

A tuberculose pulmonar (TB) é a principal doença infecciosa do mundo, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Constitui um grave problema de saúde, que exige o desenvolvimento de estratégias para o seu controle e um olhar acerca dos aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. Sua transmissão ocorre por via respiratória, através da inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de uma pessoa doente em fase ativa. Trata-se de uma doença relacionada, sobretudo, a situações de pobreza, vulnerabilidade social e a grandes aglomerados urbanos^{1,2}.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ao falar em equidade, é imprescindível que os serviços de saúde considerem que existem grupos com problemas específicos e diferentes modos de viver, adoecer e de ter oportunidades para satisfazer as necessidades de vida. Para além disso, existem condições que modificam o curso do processo saúde-adoecimento-cuidado de algumas populações, como da População Privada de Liberdade (PPL).

Ao analisar este processo, é preciso considerar que a PPL vivencia e experimenta condições de vulnerabilidade marcadas por privações e questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, que vão possibilitar um aumento dos riscos à saúde, em comparação com outros grupos sociais e a população em geral^{1,2,4}. Neste contexto, a TB ganha destaque, uma vez que esse grupo apresenta um risco de adoecimento 34 vezes maior, quando se compara à população em geral².

Assim, é importante ter um olhar além da doença, considerando um cuidado não somente voltado para a cura, mas concebido de modo ampliado, que, estimule o desenvolvimento de ações educativas, que promovam saúde e previnam agravos, visando à reinserção social, participação, corresponsabilização, elevação da autoestima e igualdade de acesso aos serviços de saúde pela população em situação de cárcere.

Percebendo a necessidade evidenciada pelas produções científicas que abordam a TB na PPL, em conhecer a real situação dessa doença, este estudo tem como objetivo descrever o perfil dos casos de tuberculose entre a população privada de liberdade dos presídios brasileiros.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico de base populacional, com a análise da tendência da prevalência da TB na população prisional, considerando o recorte temporal de 2014 a 2018. A população-fonte foi a PPL das regiões brasileiras. Os dados foram coletados do Sistema de Informações de Agravos e Notificação do Ministério da Saúde (SINAN), disponibilizado de maneira online e gratuita por intermédio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) via informações de saúde do programa TABNET.

O estudo analisou a prevalência da TB, em ambos os sexos, dividida por regiões brasileiras, baseada na taxa de abandono (número de casos de tuberculose encerrados por abandono de tratamento segundo ano de diagnóstico e residentes no Brasil/número de tuberculose notificado por ano de diagnóstico x 100) e presença de comorbidades (HIV/Aids, uso de drogas). Os dados foram coletados no mês de outubro de 2021, utilizando o programa Excel para armazenamento dos dados. Para a análise e interpretação dos dados foram utilizados os programas Excel e BioEstat versão 5.0.

A pesquisa obedeceu a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)⁵. E sua aprovação foi obtida no Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF sob o número de parecer 3.784.839, no dia 19 de dezembro de 2019, embora trate-se de um estudo com utilização de dados secundários disponíveis em *site* de domínio público.

RESULTADOS

Os dados evidenciam a prevalência da TB em cada região, a proporção de casos de TB que abandonaram o tratamento e a presença de comorbidades como HIV/Aids e o uso de álcool e outras drogas.

Ao observar a prevalência da TB nas regiões do Brasil, descrita na Tabela 1, vê-se que as regiões Sudeste e Nordeste concentram os maiores números de usuários acometidos pela TB, respectivamente 53,7% e 19,7% dos casos. Esse aumento foi contínuo e significativo, podendo ser percebido ao longo dos anos.

Tabela 1 – Número de casos confirmados de Tuberculose na População Privada de Liberdade, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Brasil distribuídos por Ano Diagnóstico e Região de Residência

ANO DI-AGNÓSTICO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	IGNORADO / EXTERIOR	TOTAL
2014	88	501	2893	562	151	1	4196
2015	487	1509	4071	1127	448	-	7642
2016	598	1681	4479	1139	553	-	8450
2017	800	2077	5557	1228	678	-	10340
2018	947	2390	5220	1354	833	2	10746
Total	2920	8158	22220	5410	2663	3	41374

Fonte: SINAN, 2021

Em relação à taxa de abandono, a Tabela 2 evidencia ser um dado tão frequente e significativo na PPL. Destacam-se as regiões Sudeste, com 46%, e a região Sul, com 17,8%, como as regiões com maiores casos notificados de abandono de tratamento.

Tabela 2 – Número de casos confirmados de Tuberculose na População Privada de Liberdade, que abandonaram o tratamento da mesma, notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Brasil, distribuídos

ANO DIAGNÓSTICO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
2014	17	37	231	109	21	415
2015	77	116	319	160	62	734
2016	96	182	290	140	55	763
2017	109	161	435	114	76	895
2018	76	81	255	70	37	519
Total	375	577	1530	593	251	3326

por Ano Diagnóstico e Região de Residência, considerando ambos os sexos.

Fonte: SINAN, 2021

Em relação à presença concomitante da Aids na PPL. Na Tabela 3 verifica-se com destaque a região Sul, com 29,3% dos casos nacionais, e as regiões Sudeste e Nordeste, ambas com 16,8% dos casos.

Tabela 3 – Número de casos confirmados de Tuberculose e Aids na População Privada de Liberdade, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Brasil, distribuídos por Ano Diagnóstico e Região de Residência.

ANO DIAGNÓSTICO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
2014	5	21	208	92	11	337
2015	49	88	88	196	22	586
2016	23	100	100	158	37	545
2017	37	105	105	158	31	538
2018	45	118	118	149	33	559
Total	159	432	432	753	134	2565

Fonte: SINAN, 2021

Ao se referir ao consumo de álcool, representado pela Tabela 4, e ao consumo de drogas ilícitas, descrito na Tabela 5, observa-se que as regiões Sudeste e Nordeste, são as que apresentam maior número de casos em ambos os dados. Na região Sudeste, 41,9% fazem uso de álcool e 46% de drogas ilícitas, e na região Nordeste, 25,02% dos usuários fazem uso de álcool e 21,3% de drogas ilícitas.

Tabela 4 – Número de casos confirmados de Tuberculose na População Privada de Liberdade e que fazem uso de álcool, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Brasil, distribuídos por Ano Diagnóstico e Região de Residência, considerando ambos os sexos.

ANO DIAGNÓSTICO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
2014	13	77	213	51	18	371
2015	67	190	350	135	44	786
2016	98	290	419	150	78	1035
2017	152	364	622	174	156	1468
2018	229	433	668	208	212	1750
Total	559	1354	2272	718	507	5410

Fonte: SINAN, 2021

Tabela 5 – Número de casos confirmados de Tuberculose na População Privada de Liberdade e que fazem uso de drogas ilícitas, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Brasil, distribuídos por Ano Diagnóstico e Região de Residência, considerando ambos os sexos.

ANO DIAGNÓSTICO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
2014	12	51	506	77	23	669
2015	88	260	775	277	64	1464
2016	163	526	927	344	122	2082
2017	261	665	1308	441	267	2942
2018	363	732	1302	511	409	3317
Total	887	2234	4818	1650	885	10474

Fonte: SINAN, 2021

DISCUSSÃO

Ainda que se tenha uma política nacional de combate e controle da Tuberculose e uma rede universal de assistência à saúde, os dados apontam para disparidades regionais relacionadas a taxa de abandono e comorbidades, como HIV/Aids e uso de drogas lícitas ou ilícitas.

Em dias atuais, a TB se mantém como um crescente problema de saúde pública no Brasil e em outros países, impactando econômica e socialmente suas populações. Embora, com avanços ao longo dos anos do diagnóstico e tratamento da TB, observam-se que as legislações vigentes não são capazes de efetivar as ações de controle da doença em vários locais, principalmente, para populações vulneráveis, como a PPL, que sofre de várias privações e dificuldade de acesso aos cuidados de saúde.

Ao discutir sobre a prevalência da TB na PPL no contexto das regiões do Brasil, destaca-se os elevados coeficientes de prevalência, relativos às grandes regiões do país, onde ficam municípios com situações extremamente graves e comunidades com precárias situações de vida. São os locais, por consequente, com os maiores presídios brasileiros. Estes dados expõem as dificuldades de efetividade dos programas estaduais e municipais de controle da TB, assim como, das políticas públicas voltadas às populações vulneráveis.

Destaca-se que a PPL desde 2011, está listada como prioritária no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que elabora recomendações específicas para o controle da doença intramuros^{1,2}. Em 2014, o sistema prisional passa a ser foco do projeto TB Reach, ligado ao *Stop TB Partnership* da WHO, que realizou a busca ativa dos casos suspeitos de TB em algumas instituições prisionais do país, por meio do Teste rápido molecular, favorecendo reconhecer a gravidade dessa doença na PPL⁶, justificando assim o aumento dos números dos casos notificados a partir de 2014 no país.

Juntamente a TB, verifica-se que a presença do HIV/Aids, significativo agravo de Saúde Pública, acontece de forma desproporcional na PPL, evidenciando a forma injusta e discriminatória que perpassa essa população, assim como, a falta de garantia das ações de prevenção, cuidados e tratamentos durante o encarceramento e sua liberdade. Neste sentido, é recomendável que estados e municípios realizem o diagnóstico considerando as características dos casos de TB e HIV para que reconheçam as vulnerabilidades mais prevalentes em seus territórios, e com isso possam adequar estratégias para o enfrentamento de ambas as doenças⁷.

Ressalta que de acordo com o PNCT, o exame de HIV é recomendado para todos os usuários diagnosticados com TB. Essa perspectiva visa diminuir a taxa de mortalidade, uma vez que a doença é a principal causa de morte em portadores de HIV^{8,9}. Segundo um estudo realizado em 2017, a prevalência da TB em soropositivos, se encontra em torno de 15%, indicando um aumento da coinfeção TB/HIV e seus agravos⁹.

As realidades regionais vêm reforçar que a identificação precoce, o tratamento oportuno e a cura dos casos existentes de TB no sistema prisional, assim como, o acompanhamento e tratamento do HIV/Aids e a compreensão da vulnerabilidade que afeta essa população, são as principais medidas para interromper a cadeia de transmissão dessas patologias.

Além da presença destas infecções, o encarceramento traz consigo históricos relacionados ao uso de drogas, estigmas e preconceito, que afetam significativamente o tratamento da TB, aumentando as complicações da doença, a taxa de abandono e a tuberculose multidrogarresistente^{7,10,11}.

São resultados que traduzem um panorama preocupante da tuberculose entre a população privada de liberdade, que revela lacunas no controle e

acompanhamento da doença nesta população, sobretudo quando relacionada ao contexto de superlotação e precariedade dos presídios brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura dos dados retrata a necessidade de ações educativas permanentes, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e proteção à vida, que vão minimizar os riscos potenciais de adoecimentos nesses espaços em maior situação de vulnerabilidade.

No entanto, ao falar da elaboração e aderência das Políticas Públicas, é válido discutir sobre a sua importância, e buscar que de fato, sirvam para dar equidade de direitos e deveres, libertar da opressão, assegurar o bem-estar social e o direito à cidadania.

Por fim, o estudo proporciona a reflexão sobre o modo de cuidado ofertado aos usuários portadores da TB, e a necessidade de ampliar o campo de prática dos profissionais da saúde e assistência social, no que tange a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e controle da TB entre as PPL.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
4. World Health Organization. [Internet]. Prisons and Health. WHO.Regional Office for Europe, Copenhagen; 2014 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/home>. Acesso em 10 de maio de 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466/12. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

6. Stop TB Partnership. Choosing an active case finding intervention. In: Improving tuberculosis case detection: a compendium of TB REACH case studies, lessons learnt and a monitoring and evaluation framework [Internet]. Geneva: Stop TB Partnership; 2014 [cited 2020 Jan 13]. Available from: http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/TB_Case_Studies.pdf. Acesso em 15 de abril de 2020.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica manual para a equipe multiprofissional. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf. Acesso em 28 de setembro de 2020.
8. Barros Coelho A, Arguelo Biberg C. Perfil epidemiológico da coinfeção Tuberculose/HIV no município de São Luís, Maranhão, Brasil. Cadernos ESP [Internet]. 4º de outubro de 2019 [citado 3º de novembro de 2022];9(1):19-26. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/88](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/88)
9. Izabel Lopes M, Kessiene de Sousa Cavalcante K, Maria Santiago Borges S. Descrição do Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Estado do Ceará, 2011 a 2016. Cadernos ESP [Internet]. 4º de outubro de 2019 [citado 3º de novembro de 2022];11(2):18-25. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/116](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/116)
10. Rabahi MF, Junior JLRS, Ferreira ACG, Tannus-Silva DGGS, Conde MB. Tratamento da tuberculose. J Bras Pneumol. 2017;43(5):472-486. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v43n6/pt_1806-3713-jbpneu-43-06-00472.pdf. Acesso em 20 de junho de 2020.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Tuberculose. Número Especial. Mar. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2020.

6.2 ARTIGO 2

**Representações Sociais de Mulheres privadas de liberdade sobre Cuidado,
Saúde e Infecções por HIV/Aids**
**Social Representations of Women Deprived of Liberty on Care, Health and
HIV/Aids Infections**

Autores

Denicy de Nazaré Pereira Chagas¹
Isabel Cristina Gonçalves Leite²
Girleene Alves da Silva³

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Enfermeira da prefeitura de Juiz de Fora. **Orcid:** orcid.org/0000-0001-5928-4384

² Professora Titular da Universidade Federal de Juiz de Fora/ Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil. **Orcid:** orcid.org/0000-0003-1258-7331

³ Professora Titular da Universidade Federal de Juiz de Fora/ Faculdade Enfermagem; Juiz de Fora, MG, Brasil. **Orcid:** [orcid.org/ 0000-0002-8758-1156](https://orcid.org/0000-0002-8758-1156)

RESUMO

Objetivo: discutir as representações sociais de mulheres privadas de liberdade de um município mineiro sobre a saúde, o cuidado e as infecções pelo HIV/Aids. **Método:** pesquisa qualitativa, aporte na abordagem processual das representações sociais, realizada com 34 mulheres. Aplicado questionário semiestruturado de caracterização e entrevista individual em profundidade. **Resultados:** maioria das mulheres com idade entre 25-29 anos, pardas, ensino fundamental incompleto, heterossexuais, solteira e com 1-4 filhos. Regime predominante semiaberto, tempo de pena previsto ≤ 10 anos e de prisão ≥ 19 meses, com média de 26-35 mulheres por cela. Portadoras de alguma doença crônica em uso contínuo de medicamentos, tabagistas, ex-usuárias de drogas ilícitas e negaram HIV e tuberculose. **Categorias discursivas:** 1) Concepções do Processo de saúde-doença e as relações de (auto)cuidado compartilhados socialmente e; 2) Constructos representacionais da vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade as Infecções por HIV/Aids e demais IST. As representações sociais retrataram que ter saúde/cuidado envolve o cessar o tabagismo, não uso de drogas (i)lícitas, alimentar-se bem, dormir bem e se sentirem seguras/protegidas. E as Infecções por HIV/Aids ainda marcadas pelo medo, dúvidas, não há cura e práticas sexuais desprotegidas

Palavras-Chave: Mulheres. Saúde. Cuidado. HIV. Representação Social.

ABSTRACT

Objective: to discuss the social representations of women deprived of liberty in a municipality in Minas Gerais on health, care and HIV/AIDS infections. Method: qualitative research, contribution to the procedural approach of social representations, carried out with 34 women. Applied semi-structured characterization questionnaire and individual in-depth interview. Results: most women aged 25-29 years, brown, incomplete elementary school, heterosexual, single and with 1-4 children. Predominantly semi-open regime, expected sentence time ≤ 10 years and prison time ≥ 19 months, with an average of 26-35 women per cell. Carriers of some chronic disease in continuous use of medication, smokers, former users of illicit drugs and denied HIV and tuberculosis. Discursive categories: 1) Conceptions of the health-disease process and socially shared (self)care relationships and; 2) Representational constructs of the vulnerability of women deprived of liberty to HIV/AIDS Infections and other STIs. The social representations portrayed that having health/care involves quitting smoking, not using (il)licit drugs, eating well, sleeping well and feeling safe/protected. And HIV/AIDS infections are still marked by fear, doubts, there is no cure and unprotected sexual practices

Keywords: Women. Health. Caution. HIV. Social Representation.

Introdução

Ao compreender o Sistema Penal, faz-se importante destacar dois pontos que o cercam: a seletividade que o move, seja quantitativa, uma vez que os crimes não são apurados e punidos na sua totalidade, seja qualitativa, pois elege-se determinados autores e crimes; e a magnitude do encarceramento, baseado nas respostas do sistema punitivo aos delitos, embora isso não seja reconhecido legalmente.¹

Ao se referir ao encarceramento feminino, vê-se que o Brasil apresenta um número significativo de presídios mistos, sendo as instituições femininas em menores quantidades, espalhadas por algumas regiões do país e com estruturas que ainda não se adaptaram às mulheres. Observa-se que elas não são distintas apenas na estrutura e nos serviços penais oferecidos, pois sofrem de interferências das práticas de controle e relações de poder, necessitando refletir sobre o estigma duplo que perpassa a vida da mulher, de forma histórica.^{2,3}

De um lado, a relação com o desvio criminoso, vista como uma mulher transgressora das leis penais, e de outro, o desvio social, relacionado à distorção das normas sociais construídas da condição feminina.⁴

Destaca-se ainda, na conjuntura do sistema prisional feminino, a legislação internacional, baseada nas Regras das Nações Unidas, conhecidas como Regras de *Bangkok*, como primeiro marco normativo a abordar a necessidade de um olhar

diferenciado sobre as demandas e exigências específicas desse grupo, que só veio a acontecer no século XXI.⁵

No Brasil, o crescimento da população feminina segue expressivo, fazendo que o país assuma a quarta posição no mundo, com mais mulheres privadas de liberdade.⁶ No final de dezembro de 2021, os dados do Departamento Penitenciário Nacional sinalizavam um aumento dessa população, indicando 670.714 pessoas privadas de liberdade, onde 30.625 eram mulheres.⁷

Porém o fato da proporção dos homens ser bem maior, prejudica a discussão sobre a mulher carcerária, e conseqüentemente, reflete de modo negativo sobre o processo de saúde e o cuidado que é ofertado a ela. Esse, crescimento ocasiona superlotação e precariedade na assistência, tornando-as ainda mais vulneráveis a doenças e infecções e levanta questões relacionadas aos direitos específicos das mulheres, que precisam ser incorporados e melhorados.⁸

Pouco é garantido legalmente, e nenhuma das penitenciárias femininas brasileiras funcionam em pleno respeito aos parâmetros legais vigentes. As prisões femininas seguem como lugares de submissão, cobrança e descaso colocado às mulheres e requerem uma visão interseccional, que considere as especificidades de gênero, a maternidade, raça e etnia e a política de drogas.⁹

Das doenças infectocontagiosas, destaca-se na População Privada de Liberdade (PPL) as infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV)/Aids. A partir de seu advento na década de 80, sua relação com a população carcerária torna-se evidente, uma vez que a prevalência do HIV nas prisões é alta, chegando a 10% em mais de 20 países de baixa e média renda. Destacam como fatores coadjuvantes, o uso de drogas injetáveis e a falta de implementação de protocolos de vigilância, monitoramento e tratamentos.¹⁰⁻¹¹

Neste sentido, as mulheres, enquanto PPL constituem-se em um grupo socialmente constituído, uma vez que, elas compartilham características comuns ligadas ao perfil sociodemográfico, processo saúde-doença similar, bem como pela convivência contínua e prolongada em ambiente restrito e privado.¹² Desse modo, elas apresentam constructos representacionais, capazes de elaborar e expressarem-se socialmente com suas Representações Sociais (RS)¹³ sobre a saúde, situações de cuidado e infecções por HIV/Aids.

Sendo assim, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: que RS são elaboradas por mulheres privadas de liberdade sobre a saúde, o cuidado e as infecções pelo HIV/Aids?

Neste íterim, as RS elaboradas por mulheres privadas de liberdade sobre: saúde, cuidado e infecções pelo HIV/Aids foram delineadas como objeto desta investigação.

Objetivou-se, portanto, discutir as RS de mulheres privadas de liberdade de um município mineiro sobre a saúde, o cuidado e as infecções pelo HIV/Aids.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo com aporte na Teoria das Representações Sociais (TRS) segundo a abordagem processual¹³ que tem sua base na interpretação da relação do mundo e os outros¹⁴. A abordagem processual da TRS é uma teoria geral abrangente, que considera valores, crenças, opiniões, atitudes, e outros pontos da dimensão subjetiva, de um grupo ou sociedade.¹⁵

Participaram do estudo, 34 mulheres privadas de liberdade, pertencentes a uma das unidades prisionais de um município, referência da Zona da Mata Mineira, Brasil. Foram critérios de inclusão: idade ≥ 18 anos, independente da etnia ou raça, religião, convicção política e condição econômica. Foram excluídas: mulheres que por algum motivo não se encontravam presentes no momento da coleta.

Na etapa de coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado com dados de identificação das características sociodemográficas, comportamentais e da história de saúde (idade, naturalidade, raça/cor, estado civil, orientação sexual, filhos, escolaridade, profissão/ocupação, tipo de regime, tempo de pena, tempo de permanência no sistema prisional), comportamentais (uso de drogas lícitas e ilícitas), história clínica: contato com tuberculose pulmonar na penitenciária ou fora dela; infecção por HIV e presença de outras comorbidades crônicas e uso de medicamentos. Foram captadas ainda informações acerca das RS do processo de saúde, cuidado em saúde e das infecções pelo HIV/Aids através de entrevista individual em profundidade.

Foram questões norteadoras da entrevista individual em profundidade: 1). Para você o que é ter saúde?; 2). Você tem saúde?; 3). O que é cuidado?; 4). Você se sente cuidada?; 5). O que representa cuidados em saúde? 6. O que representa

infecções por HIV/Aids para você? Cabe destacar que todas as perguntas foram sucedidas pela expressão porque visando maior explanação discursiva por parte das participantes visando a captação da temática em sua profundidade.¹⁶⁻¹⁸

Os dados foram coletados no período de 01 outubro a 20 de dezembro de 2021, em uma sala reservada pela instituição. As entrevistas aconteceram de forma individual, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com posterior realização da entrevista individual em profundidade tendo como guia o questionário semiestruturado previamente elaborado. As entrevistas foram transcritas na íntegra, no momento da coleta de dados, uma vez que, a instituição não permitiu a entrada de gravador no ambiente carcerário. Posto isso as entrevistas duraram em média 30 minutos

Realizou-se posteriormente leituras e releituras atentas e exaustivas das falas para selecionar as Unidades de Registros (UR) e agrupá-las em Unidades de Significação (US), definindo-as em categorias conceituais segundo reagrupamento analógico das Unidades de Registros (UR) conforme as três etapas da análise de conteúdo temático-categorial a saber: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, inferência e a interpretação.¹⁶⁻¹⁷

A análise de conteúdo temático categorial contou com o apoio o *software NVivo Pro11®* para a definição das categorias *a priori*, e o adensamento teórico foi confirmado pela correlação de *Pearson* $\geq 0,7$, além da capacidade dos resultados de refletir em quantidade e em intensidade a multidimensionalidade do fenômeno investigado em busca da qualidade e do aprofundamento dos conteúdos discursivos emitidos por cada participante.¹⁷⁻¹⁸

Os dados de caracterização foram transcritos no *Software Microsoft Excel 2016* e tratados segundo a frequência absoluta e relativa de cada variável e apresentada em tabelas com o apoio do *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 26, conforme recomendações metodológicas.¹⁸ Esta forma simplificada de apresentação do perfil sociodemográfico e de saúde das participantes favoreceu a compreensão das particularidades que caracterizam a população investigada como um grupo socialmente constituído.¹³

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob o parecer substanciado de nº 3.784.839, aprovado em 19 de dezembro de 2019. Cabe mencionar que o sigilo e o anonimato das participantes, foram garantidos mediante a adoção de identificação

das mesmas pela letra A seguida do n° correspondente a sequência de entrevista realizada (A1, A2, A3...).

Resultados e Discussão

As 34 mulheres privadas de liberdade, tiveram a sua caracterização sociodemográfica apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n=34).

	f	%
<i>Idade</i>		
18 a 24	3	8,8
25 a 29	10	29,5
30 a 39	12	35,3
40 a 49	7	20,6
50 a 59	1	2,9
≥60	1	2,9
Total	34	100,0
<i>Cor de pele autodeclarada</i>		
Branca	6	17,6
Amarela	1	2,9
Parda	18	53,0
Negra	9	26,5
Total	34	100,0
<i>Naturalidade</i>		
Juiz de Fora	8	23,5
Outras cidades mineiras	23	67,7
Outro estado	3	8,8
Outro país	-	-
Total	34	100,0
<i>Escolaridade</i>		
Nenhuma	-	-
Fundamental incompleto	13	38,3
Fundamental completo	11	32,3
Médio incompleto	4	11,8
Médio completo	3	8,8
Superior incompleto	3	8,8
Superior completo	-	-
Total	34	100,0

<i>Profissão</i>		
Não informado	2	5,9
Autônoma	-	-
Estudante	2	5,9
Do lar	2	5,9
Trabalho informal	27	79,4
Aposentada	1	2,9
Total	34	100,0
<i>Orientação Sexual</i>		
Heterossexual	22	64,8
Bissexual	4	11,7
Lésbica	8	23,5
Total	34	100,0
<i>Estado Civil</i>		
Solteira	16	47,0
União estável	8	23,6
Casada	7	20,6
Divorciada	1	2,9
Viúva	2	5,9
Total	34	100,0
<i>Número de filhos</i>		
Sem filhos	10	29,4
1-2	10	29,4
3-4	10	29,4
≥5	4	11,8
Total	34	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Sendo assim, observa-se idades predominantes entre 30 e 39 anos (35,3%), seguida de 25 a 29 anos (29,5%) e de 40 a 49 anos (20,6%) que juntas contabilizam 85,4% das participantes (Tabela 1). Tal realidade reflete a situação da maioria dos presídios brasileiros, os quais são ocupados, em sua maioria, por pessoas em plena idade produtiva, as quais, se não estivessem na condição de PPL, estariam exercendo alguma profissão, sendo pessoas assalariadas conforme seu grau de capacitação e escolaridade e sendo contribuintes à previdência ao invés de serem pessoas cujo custeio atual é de responsabilidade do estado e requer estratégias eficazes de ressocialização.²⁰⁻²¹

A cor de pele autodeclara parda (53%), escolaridade sendo baixa em sua maioria ensino fundamental incompleto (58,3%), profissão referida trabalho informal (79,4%), orientação sexual heterossexual (64,8%), estado civil solteiras (47%) e o n° de filhos sendo de dois a três filhos e de três a quatro filhos, ambos representando 29,4% (Tabela 1) é um perfil similar ao encontrado em outras investigações e espelham a realidade brasileira da PPL.²²⁻²³

Por fim, cabe destacar que a maioria das participantes são naturais de outras cidades mineiras, e não da cidade a qual estão em regime de PPL, fato justificado, uma vez que a cidade do estudo é referência para as demais cidades menores pertencentes a macrorregião.

O perfil das participantes, caracterização do regime penal consta na Tabela 2. Observa-se que o tipo de regime penal recebido foi o semiaberto (50%), seguido do provisório (26,5%) e posteriormente do fechado (23,5%). Quanto ao tempo previsto da pena em anos foi ≤ 10 anos (44,1%) seguido do não sabe que se correlaciona com o tipo de regime provisório, ou seja, ainda aguardando julgamento. Novamente, observa-se um perfil típico de PPL, o qual retrata que essas mulheres se envolvem em situações de criminalização classificadas como de menor gravidade quando comparada aqueles cometidos pelo sexo masculino, sendo este fato corroborado por outros estudos.²⁰⁻²³

O tempo de prisão em meses ≥ 19 meses (53%) das participantes, demonstra que a maioria delas já teve seu tipo de regime definido pós julgamento. O número elevado de pessoas por cela entre 25 e 35 pessoas relatado por 55,9% das participantes (Tabela 2) retrata as condições desumanas a que a PPL se encontra, na maioria das vezes, e espelham as insalubres condições de vida e saúde dessas pessoas que são vistas e tratadas como deserdados sociais.²⁰⁻²¹

Tabela 2: Caracterização do cumprimento de pena das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n = 34)

	f	%
<i>Tipo de regime</i>		
Aberto	-	-
Semiaberto	17	50,0
Fechado	8	23,5
Provisório	9	26,5
Total	34	100,0

<i>Tempo previsto de pena em anos</i>		
Não sabe	9	26,5
≤10	15	44,1
11 a 19	8	23,5
≥20	2	5,9
Total	34	100,0
<i>Tempo de prisão em meses</i>		
≤6	9	26,5
7 a 12	4	11,7
13 a 18	3	8,8
19 a 24	9	26,5
≥25	9	26,5
Total	34	100,0
<i>Número de pessoas na sua cela</i>		
≤15	6	17,6
16 a 25	9	26,5
26 a 35	19	55,9
Total	34	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

A caracterização do perfil de saúde e doença das participantes foi apresentado abaixo na Tabela 3. Observa-se assim que 52,9% relataram possuir alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), dentre as quais foram mencionadas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o *Diabetes Mellitus* (DM) e os transtornos mentais, conforme registros do diário de campo. Contudo, apesar de não se reconhecerem portadoras de alguma comorbidade 73,5% afirmaram fazer uso contínuo de medicamentos, realidade comum entre hipertensos e diabéticos, visto que, uma vez estando com os níveis pressóricos e glicêmicos controlados as pessoas tendem a não se autorreconhecerem portadores de alguma DCNT.²⁴

O fato de a maioria das participantes terem mencionado a presença de algum tipo de transtorno mental, corrobora a evidência de 79,4% das participantes sendo tabagistas e 58,8% relatarem ser ex-usuárias de drogas ilícitas sendo as drogas mais referidas maconha, cocaína e o crack (Tabela 3). Ressalta-se que, a dependência química ocorre de forma predominante entre pessoas que apresentam algum transtorno mental e estes fatores juntos corroboram a ocorrência de outras DCNT como a HAS e o DM.²⁵

Tabela 3: Caracterização do perfil de saúde e doença das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n=34)

	f	%
<i>DCNT</i>		
Sim	18	52,9
Não	16	47,1
Total	34	100,0
<i>Uso contínuo de medicação</i>		
Sim	25	73,5
Não	9	26,5
Total	34	100,0
<i>Tabagista</i>		
Sim	27	79,4
Não	5	14,7
Ex-usuária	2	5,9
Total	34	100,0
<i>Uso de drogas ilícitas</i>		
Sim	7	20,6
Não	7	20,6
Ex-usuária	20	58,8
Total	34	100,0
<i>Presença de HIV/Aids</i>		
Sim	1	3,0
Não	33	97,0
Total	34	100,0
<i>Histórico ou contato de tuberculose</i>		
Sim	5	14,7
Não	29	85,3
Total	34	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

O relato da presença de infecções por HIV/Aids por apenas 3% das participantes, bem como o histórico pessoal ou de contato direto com pessoas portadoras de Tuberculose (TB) por apenas 14,7% das participantes podem retratar uma informação velada quanto as infecções pelo HIV/Aids mediante os inúmeros estigmas e RS que ainda permeiam a temática no imaginário social.²⁶ O perfil encontrado de TB também é considerado abaixo da realidade nacional, visto que, esta infecção é considerada uma pandemia que possui múltiplos determinantes

sociocomportamentais como a baixa renda, PPL, usuários de drogas (i)lícitas, dentre outros.²⁷

Corroborando aos resultados de caracterização apresentados e discutidos acima, foi realizada a análise de conteúdo temático-categorial a partir das falas extraídas das entrevistas que contabilizaram 204 URs. No segundo momento, foram identificadas duas categorias, que se configuraram a partir de dois temas centrais emergidos a partir das 321 USs.

Após a seleção das USs de maior importância dentre os conteúdos mencionados, foram nomeadas duas categorias temáticas, a saber: 1) Concepções do Processo de saúde-doença e as relações de (auto)cuidado compartilhados socialmente e; 2) Constructos representacionais da vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade as Infecções por HIV/Aids e demais IST. Essas categorias foram descritas e exemplificadas por meio dos trechos extraídos dos discursos das mulheres entrevistadas conforme apresentadas abaixo, na Figura 1.

Figura 1- Esquema representativo da Análise de Conteúdo Temático Categorial das participantes (n=34).

		FRAGMENTOS DE DISCURSOS EXEMPLIFICATIVOS		Dendograma e gráfico de círculo
Dimensões Representacionais		Categoria 1: Concepções do Processo de saúde-doença e as relações de (auto)cuidado compartilhados socialmente	Categoria 2: Constructos representacionais da vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade as Infecções por HIV/Aids e demais ISTs	<p>Não em cluster por similaridade de palavras</p> <p>LEGENDA: Funções representacionais 1- Do saber. 2- Identitária. 3- Orientadora. 4- Justificadora. Processos sociocognitivos TRS 5- Objetivação. 6- Ancoragem. Origens representacionais 7- Próprias. 8- Familiares. 9- Crenças. 10- Valores. 11- Profissionais de saúde. 12- Sistema Prisional. 13- Relações de cuidado. 14- Conhecimentos sobre autocuidado.</p>
	Informativa/Cognitiva	Ter saúde engloba saúde mental e a sexual também é necessária! A1 . Uma pessoa saudável, é aquela que se alimenta bem, não usa drogas e não bebe. A2 . Saúde é estar bem psicologicamente, ser saudável e estar bem com você. A4 . Então, saúde é não estar doente. A17 . Não tenho saúde. Tenho surtos e crises, ainda tenho a pressão alta. A18 . Saúde é ter bem-estar. A26 . Saúde é quando não se tem doença, é não precisar de remédios. A28 . Saúde é ter uma alimentação saudável, ter horário para acordar e dormir. Não estou domindo, preciso de remédios. Mas afinal, saúde é tudo e ninguém é totalmente saudável. A32 . Acho que minha saúde é excelente, pois saúde é levantar bem e não sentir dores. A33 .	Aqui tem muito problema de pele, por conta do ambiente úmido. Sei que o HIV não tem cura, mas também, não é assim como dizem. Existe um alto risco a respeito de como as meninas se relacionam (sem uso de preservativo). A1 . Tenho Medo. Porque a aids a gente não vê no rosto. A2 . IST é por descuido! A4 . Minha saúde, acho boa. Por não ter dado positivo nos exames lá fora (testes rápidos). A11 . Eu fico com medo da doença (HIV/Aids). Tenho dúvidas se posso pegar. A18 . Eu tive contato com pessoas com HIV na rua e na cela, e fiquei com medo, pois cheguei a dar um beijo nela. A26 . Tenho medo porque a gente não sabe quem tem HIV. A29 . Acho que é descuido da pessoa mesmo. Aqui fazemos tatuagem, e fico com medo de ter pegado. A31 .	
	Valorativa/Reflexiva	Aqui poderia ser mais humanizado, as cores, é um ambiente frio, passa tristeza, coisa que não acontece entre a gente. O ambiente não condiz com a nossa vida dentro da cadeia. Me sinto amparada, minimamente, falando... Não em relação ao sistema. Porque somos tratadas muito bem, mas, aqui não se tem estrutura, não temos muitos recursos. Ter saúde é estar bem consigo mesma e com a sociedade. Esse afastamento chocante da gente tem da sociedade aqui não é saúde. A1 . Até que me sinto cuidada e protegida no Sistema Prisional. A11 . Aqui, não me sinto cuidada, por conta do tempo de espera para atendimento de saúde. A15 . Não me sinto cuidada. Ser cuidada é ter alguém que olha por você. A17 . Minha saúde é ruim, pois eu queria estar com meu filho lá fora. A18 . Cuidada? Nem tanto, ainda não fui ao médico. A23 . Não me sinto cuidada, a gente é muito esquecida. A25 . Meu filho é minha única família e está preso. A33 .	No presídio tinha que ser obrigatório (fazer os testes). Não sabemos quem são as pessoas que convivemos e nem o que elas têm. A4 . Até hoje não consegui passar de novo no médico. A19 . Que Deus me proteja. A20 . HIV eu não tenho, graças a Deus A32 . Mas, você ainda é a mesma pessoa, independente se tem ou não tem HIV, basta você se cuidar. A30 .	
	Comportamental/Atitudinal	Evito compartilhar as coisas pessoais. Deixo tudo perto de mim. Para ser cuidada, evitamos não compartilhar nada. Tem gente que bebe no mesmo copo. Cigarro é muito compartilhado e fica todo mundo fumando junto. A6 . As companheiras de cela se ajudam, as vezes discute de manhã e de tarde já está todo mundo de bem. A17 . Eu velo muito pela minha saúde pois se não tem saúde, não tem nada. A19 . Não me sinto cuidada, mas o aprendizado é algo bom aqui, para nunca mais voltar. A26 . Me sinto cuidada pelas agentes. Não tenho o que reclamar. Elas estão sempre perguntando se precisamos de algo. A33 .	Ao longo da minha vida já tive contato com o HIV, em uma da cela, ela fez tratamento. A1 . Na minha cela tem uma menina que tem sífilis e HIV e todas convivem com ela. A2 . É triste, mas, a gente tem que se cuidar, temos que fazer a nossa parte. Temos que nos cuidar! A4 . Tenho medo. Aqui dentro ninguém se protege. A6 . Então! Minha ex-mulher tinha HIV/Aids e fazia tratamento no CTA. E eu não fazia uso de preservativos com ela. A10 . Aprendi a conviver. Eu faço tratamento no SAE há mais de 20 anos. Descobrir após testar positivo durante o pré-natal. Foi um descuido meu. A pessoa não devia ter deixado de falar para mim que tinha HIV. Tem mais de 20 dias que não tomo remédios do HIV, estou preocupada. A20 . Eu já tive contato com o HIV com uma presa daqui. Eu não sabia... foi maldade. Depois que me falaram. A30 .	
Imagética/Objetiva	Minha saúde é regular por conta dos problemas mentais. A1 . Saúde é tudo. Sem saúde você não faz nada. Pelo fato de estar fumando, considera que minha saúde poderia ser melhor. A14 . Acho minha saúde regular, porque eu tenho enfisema pulmonar. A19 . Aqui é muito difícil ser cuidada. Muita mulher para usar o mesmo vaso. A21 . Minha saúde antes da Covid-19 era boa, depois que tive, ficou mais ou menos, pois me dá muita falta de ar. Então saúde é respirar bem. Tratar bem da saúde, comer e dormir. Saúde é tudo, para começar a viver tem que ter saúde. Não somos cuidadas. Banho frio, comida não é boa, muita gente. A25 . Não me sinto cuidada. Comida é ruim, banho é frio. Tomar banho gelado de doer. A26 . Não me sinto cuidada. É muita gente junta A31 .	Aqui tem uns mitos. Aqui tem muito disso sobre o HIV. A1 . Eu não sou preconceituosa, mas aqui não tem estrutura para a pessoa se cuidar direito. Então! É difícil. A19 . Meu ex-companheiro acho que morreu e nem sabia que tinha HIV. A20 . Minhas irmã e mãe são positivas para o HIV. Mãe falecida. Minha irmã começou a ir para gandaia e pensamos que foi nessa época que ela pode ter pegado, agora toma um bocado de remédio. A gente descuida e acaba assim. A33 .		

Nota: conteúdos extraídos do Software Nvivo Pró-11.

Como se vê, as RS das mulheres privadas de liberdade, sobre a saúde, cuidado e HIV/Aids produzem sentidos e significados ligados à sua vivência atual, direcionando suas ações e condutas no saber-fazer cotidiano. Desse modo, as RS perpassam um conjunto de saberes envolto pela história de vida, conhecimentos, valores e crença das mulheres em situação de PPL.

Desse modo, destaca-se as dimensões representacionais informativas ou cognitivas e comportamentais ou atitudinais e as origens representacionais próprias, familiares, profissionais, ligadas ao tratamento, valores ou institucionais (Figura 1).

No que se referem à sua constituição, as RS configuram-se a partir de quatro dimensões principais: informação ou cognição, que se refere à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social; campo de representação, remetendo à ideia de imagem ou objeto, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objeto da representação; e atitude ou comportamento, que termina por focalizar a orientação global em relação ao objeto da RS, acresce-se ainda a dimensão valorativa e afetiva que está correlacionada ao sistema de crenças e valores do grupo social.¹³

Tendo em vista a explicação adequada dos fenômenos das RS que deve dar conta de suas origens, de seus fins ou funções e das circunstâncias de sua produção, ou seja, os processos sociocognitivos de objetivação e de ancoragem¹⁴, pode-se observar no Grafo de círculo apresentado na Figura 1.

Sendo assim, as RS possuem quatro funções essenciais, quais sejam: *função de saber*, visam compreender e explicar a realidade; *função identitária*, definem a identidade e protegem a especificidade dos grupos; *função de orientação*, guiam os comportamentos e as práticas sociais; *função justificatória*, permitem a *posteriori*, justificar as tomadas de posição e os comportamentos adotados pelo grupo social.¹⁴

Outrossim, o processo sociocognitivo de objetivação é dado pela capacidade de duplicação de um sentido de um objeto por uma figura, pela qual se dá a materialidade a um objeto abstrato. Em contrapartida, a duplicação de uma figura por um sentido, pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto, é cumprida pelo processo de ancoragem.¹⁴ Desse modo, a partir da análise de conteúdo temático-categorial apresentada na Figura 1 podemos interpelar que as RS que as mulheres carcerárias têm sobre cuidado, saúde e HIV/Aids são objetivadas pelo

processo de saúde-doença e ancorados em sua vulnerabilidade a ocorrência de infecções por HIV decorrente de negligências/descuidos a respeito das ações de (auto)cuidado.

A Categoria 1 intitulada “Concepções do Processo de saúde-doença e as relações de (auto)cuidado compartilhados socialmente” retratou conteúdos exemplificativos de cada uma das dimensões representacionais.

Na dimensão informativa e cognitiva evidencia-se percepções individuais sobre a expressão “ter saúde” que para a PPL estudada envolve o se sentir saudável e a adotando hábitos de vida saudáveis como o alimentar-se bem, dormir bem, além da abstenção do uso de drogas (i)lícitas como o álcool. Essas premissas se equiparam ao conceito ampliado de saúde e demonstram um conhecimento do senso comum de que é necessária a sensação de bem-estar, com destaque às dimensões psicológica, mental e social.^{9,12}

Em relação a abstenção ao uso de drogas, cabe mencionar que 20,6% são usuárias de drogas ilícitas, cabendo destacar ainda o percentual elevado de ex-usuárias de 58,8%. É alarmante ainda o percentual de 79,4% que são tabagistas (Tabela 3). Dados que apontam que, apesar de as participantes representarem de forma correta o que seria ter saúde, elas não adotam comportamentos saudáveis em relação ao uso de drogas (i)lícitas.

Contudo, cabe refletir ainda que, não foram coletados dados sobre o etilismo, visto que a entrada de bebidas alcoólicas na prisão não se é permitido por lei.⁵ Como potencial justificativa, pela elevada dependência química da PPL pode-se destacar o contexto socioeconômico em que estão inseridas, as influências do meio em que vivem, bem como a presença de transtornos mentais associados.^{21, 25}

Os discursos retratam ainda, a velha concepção de saúde, enraizada no modelo biomédico hegemônico que está ancorado no imaginário social¹³⁻¹⁴ de que saúde é a ausência de doenças, a não necessidade de uso de fármacos de forma contínua e o conviver com a dor no cotidiano, sendo esta concepção similar a apresentada pela maioria das pessoas nos diferentes contextos^{2,24}

A dimensão valorativa, relacionadas as mulheres privadas de liberdade, enquanto atores sociais, retratam situações valoradas como importantes, a exemplo da fala de que gostariam que o sistema prisional fosse um ambiente mais humanizado e acolhedor, visto que a realidade é permeada por uma estrutura física ruim e deficitária conforme destaca a participante A1. Fatidicamente, esta percepção

sobre o sistema prisional é corriqueira entre a PPL bem como da sociedade em geral, fato este que induz a reavaliação das políticas e legislações voltadas as condições de vida e saúde da PPL.^{20,21}

Outra questão importante para elas é que, apesar de algumas se sentirem seguras e cuidadas pelo sistema prisional, as participantes A15 e A23 mencionam dificuldades de acesso aos serviços de saúde e o longo tempo de espera para os atendimentos em saúde. Desse modo, reforça-se novamente o quanto o sistema prisional é deficitário no acolhimento e resolutibilidade das demandas de saúde da PPL.^{20,21}

Cabe destacar ainda, o emergir de falas que expressam a dimensão afetiva, permeada pela percepção de uma angústia das participantes, circunscritas por vezes no afastamento sociofamiliar imposto a PPL. Esta angústia pessoal é sentida pela maioria da PPL, uma vez que, as visitas são limitadas, e ou, os próprios familiares decidem por não visitar um ente, baseado em estigmas sociais e religiosos e julgamentos próprios de certo ou errado, fazendo com que estes sejam considerados deserdados sociais, cuja realidade é marcada pelo esquecimento e pela baixa convivência social.^{9,20} Com exceção é claro da PPL que cumpre regime semiaberto, conforme relatado por 50% das participantes (Tabela 2).

A dimensão comportamental e atitudinal retrata conteúdos de origem própria a exemplo do ato de não compartilhar objetos pessoais e do zelar pela saúde como medidas preventivas essenciais. Estes conteúdos retratam ações de autocuidado bem como de cuidado para com o grupo em que convive.^{24,28}

Também são identificadas nesta categoria conteúdos oriundos da convivência com as colegas de cela como o comportamento de autoajuda e de companheirismo entre si, através da criação de vínculo o que por um lado as protege conforme menção da participante A17, por outro as coloca em risco mediante o compartilhamento de objetos pessoais como copos e cigarros (Participante A6) que potencializam o risco de transmissão de doenças com destaque a respiratórias como a Covid-19²⁵ cuja via de transmissão é por gotículas, cabendo destacar ainda o risco de contaminação por IST quando os objetos compartilhados forem de cunho íntimo que podem estar contaminadas com secreções ou fluídos corporais.¹⁰⁻¹¹

Cabe mencionar ainda o relato da participante A33 que se sente cuidada por perceber na atitude das Agentes Penitenciárias de estarem sempre perguntando se as mesmas estão precisando de algo. Sendo este um importante ponto a ser

mencionado como um destaque da atitude humanizada e profissional adotadas pelas Agentes Penitenciárias e condizentes a legislação.^{5,20-21}

Na dimensão imagética e objetiva percebe-se novamente que na visão socialmente constituída das participantes ter saúde envolve a sensação de bem-estar como o respirar bem, comer bem e dormir bem, além de não conviverem com doenças crônicas como o transtorno mental, o tabagismo e o enfisema pulmonar, ou ainda sequelas respiratórias de doenças infecciosas, a exemplo do pós-covid-19 o que faz com que a sua autoavaliação quanto ao seu estado de saúde seja considerado regular.

Tais representações são similares ao encontrados em outros estudos de grupos sociais distintos, apontando que, o constructo social de ter saúde envolve a ausência de doenças bem como a sensação de bem-estar.^{8-9,24,26} Contudo, reitera-se que na Tabela 2, consta que 52,9% das participantes reconhecem ser portadora de alguma DCNT e 73,5% fazem uso contínuo de algum fármaco, fatos estes que refletem o seu processo de saúde doença.

Para as participantes, o fato de conviverem muita gente na mesma cela, dificulta a sua percepção quanto as ações de cuidado recebidas, e elas questionam ainda sobre a qualidade da comida e o fato do banho ser sempre frio. Tal realidade é espelho do panorama dos presídios no contexto nacional, situações estas que requerem um repensar das políticas públicas voltadas a PPL.²⁰⁻²¹

A categoria 2, denominada “Constructos representacionais da vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade as Infecções por HIV/Aids e demais IST” retrataram conteúdos exemplificativos de cada uma das dimensões representacionais.

Na dimensão informativa e cognitiva observam-se conteúdos reificados a exemplo da RS de que as infecções pelo HIV não possuem cura, e de que muita gente hoje em dia não sabe se tem a doença, visto que o HIV/Aids não possui mais aquela caracterização física típica da doença como eram nas décadas de 80 e 90. Desse modo observam-se evidências de que a memória social da Aids e suas representações vem sofrendo mudanças com o decorrer das décadas.²⁹

São emitidas informações também de que outras IST ocorrem por descuido na adoção de relações sexuais desprotegidas, ou seja, sem o uso de métodos de barreira. São ressaltados ainda a realização de testes rápidos como estratégia de segurança. Apesar de se ter tratamento, as infecções por HIV/Aids ainda geram

medos e dúvidas entre as participantes sobre as formas de como se pode pegar a doença, a exemplo de quando fizeram tatuagem ou ao beijarem pessoas portadoras do vírus HIV. Sendo um panorama similar retratado em outros estudos.^{10,19,26,29}

Na dimensão valorativa e afetiva foram valorados os acompanhamentos e controles médicos, demonstrando um interesse de que estes fossem realizados com maior frequência. Além do pensamento social, de que a realização dos testes rápidos deveria ser obrigatória na PPL, para que todas as pessoas tivessem ciência de sua situação de saúde, especificamente se possuem alguma IST. Tal perspectiva pode ser viável e necessária mediante ao fato de que a PPL se caracterizam como grupo de maior risco a ocorrência de IST.¹⁰⁻¹²

Outro valor importante demonstrado, é a concepção de que ter uma infecção por HIV/Aids e ser consciente e engajado nas situações de (auto)cuidado, enseja sobre a qualidade de vida normal, corroborando com os resultados de outras investigações.^{19,29}

Na dimensão comportamental atitudinal emergiram conteúdos de origem própria como a conscientização da obrigatoriedade em se cuidar como ação contínua, bem como a atitude em se tratar no Serviço de Acolhimento Especializado (SAE) e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Neste sentido, cabe destacar que o SAE e o CTA são serviços gratuitos espalhados de forma estratégica pelas principais cidades do país que visam realizar atividades de acolhimento, testagem e aconselhamento, tratamento e acompanhamento dos grupos mais vulneráveis e população em geral como um direito de saúde de modo a se promover um cuidado integral.^{12,19}

Contudo, também foram relatadas condutas opostas que colocam em riscos a sua saúde e expressam vulnerabilidades como, o estar há 20 dias sem tomar a medicação da Terapia Antiretroviral (TARV) e o não usar preservativo em práticas sexuais com parceira de histórico de IST (des)conhecida, condutas estas importantes para intensificar os riscos para a ocorrência de IST e intensificar esse problema de saúde pública. Esses comportamentos requerem intervenções especializadas em saúde mediante ao descuido pessoal e maior vulnerabilidade a que estas pessoas estão expostas.^{19,29-30}

Na dimensão imagética e objetiva das RS foram imprimidas a memória social da Aids que é marcada por mitos e preconceitos vinculados ao HIV e suas

formas de contaminação, sendo associada na maioria das vezes a atos de promiscuidade.³⁰

Contudo, aqueles que conviveram em seu dia a dia com familiares e companheiros positivos para o HIV/Aids demonstram possuir imagens mais concretas sobre a infecção, tendo suas RS ancoradas na realidade atual de como vivem as pessoas com HIV/Aids, como uma doença que não tem cura mais possui tratamento que permite a qualidade de vida, corroborando com outras investigações.^{19,29}

Por fim, segundo registros do diário de campo, cabe mencionar que, foi possível perceber que algumas mulheres demonstravam maior receio, enquanto outras, eram mais falantes, tendo maior facilidade de relatar experiências pessoais. Ao falar sobre uso de drogas, elas mantinham certo cuidado, seja no tom de voz, nos olhares ao redor e nos gestos. É perceptível que quanto maior o tempo de PPL, maior a segurança e a desenvoltura de relatar as experiências e responder as perguntas.

Reitera-se ainda que, durante o processo de coleta de dados, as participantes tinham liberdade em relatar sobre o aprisionamento, em especial quando este era relacionado com o tráfico e ou violência doméstica seguido de morte do companheiro. Ainda foram vividas situações de choro e comoção, quando começavam a falar dos filhos e abandono dos familiares, situações que funcionam como um espelho social das realidades vivenciadas por elas em seu cotidiano e faz, de certo modo, sentir um pouco de suas dores e sofrimentos.²¹

Considerações Finais

O perfil de caracterização foi predominante: idade entre 25 a 29 anos, cor de pele autodeclarada pardas, não residentes da cidade, possuem ensino fundamental incompleto e trabalham de forma informal. Heterossexuais, solteiras e com um a quatro filhos.

A maioria estava em regime do tipo semiaberto, com tempo de pena previsto ≤ 10 anos, tempo de prisão ≥ 19 meses e o número de pessoas que conviviam na mesma cela era de 26 a 35 mulheres.

Em relação ao perfil de comorbidades, a maioria afirmou ser portadora de algum tipo de DCNT, fazer uso contínuo de medicamentos, tabagistas, ex-usuárias de drogas ilícitas e negam ter HIV ou TB.

As RS retratam percepções sobre a saúde e o (auto)cuidado. Ter saúde envolve o cessar o tabagismo, não uso de drogas (i)lícitas, alimentar-se bem, dormir bem e se sentirem seguras/protegidas. A vulnerabilidade foi marcada por constructos representacionais retratada pelo número de mulheres por cela, o tipo de práticas sexuais adotadas e o compartilhamento de objetos pessoais.

Os achados deste estudo são um contributo ao campo da saúde coletiva à medida em que retratam uma realidade vivida por um grupo social que é pouco priorizado pelas políticas públicas e sociais. E, fazendo uso das falas das próprias participantes, a PPL é na maioria das vezes composta por atores sociais que são esquecidos pela sociedade, contudo carecem de atenção e cuidados em saúde.

Destaca-se ainda, a iminente necessidade de intervenções eficazes em saúde no tange ao perfil de saúde-doença evidenciado, vulnerabilidades a contaminação por infecções respiratórias ou ainda por IST mediante ao tipo de práticas sexuais adotados pela maioria da PPL.

Como limitações deste estudo assume-se a impossibilidade em ter realizado a gravação das entrevistas individuais em profundidade por ser este um impedimento legal do regime presidiário. Para minimizar tal limitação a estratégia adotada foi a transcrição imediata das falas na íntegra pela pesquisadora.

São sugestões para pesquisas futuras a realização de novas investigações sobre a temática voltadas a PPL em diferentes realidades, em novos grupos sociais e que façam diferentes abordagens metodológicas para melhor compreensão da realidade vivida por esta população.

Referências

1. Andrade, VRP. A ilusão da segurança jurídica: do controle da violência a violência do controle penal. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.
2. Buglione S. O dividir da execução penal: olhando mulheres, olhando diferenças. In: Carvalho, S (Org.). Crítica à execução penal: doutrina, jurisprudência e projetos legislativos. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2002.
3. Espinoza O. A mulher encarcerada em face do poder punitivo. São Paulo: IBCCRIM, 2004.
4. Ferrari IF, Simões VFN. Mulheres privadas de liberdade e seus filhos: o sistema de justiça criminal em perspectiva. *Psicol. clin.*, 2019; 31(3): 421-37.
5. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Bangkok: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade

- para mulheres infratoras. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: [cd8bc11ffdc397c32eecd40afbb74.pdf \(cnj.jus.br\)](http://cd8bc11ffdc397c32eecd40afbb74.pdf)
6. World Prison Brief, 2019. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data>
 7. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>
 8. Ronchi IZ. A maternidade e o cárcere: uma análise de seus aspectos fundamentais. 2017. Disponível em: https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2018/03/isabela_ronchi_20172.pdf
 9. Gomes ABF. As prisões do feminino e as mulheres nas prisões: um recorte sobre a maternidade encarcerada. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.
 10. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA, *et al.* HIV and related infections in prisoners. GLOBAL burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*, 2016; 388 (10049):1089-102.
 11. Carbone ASS, Sgarbi RVE, Lemos EF, Paião DSG, Simionatto S, Castro ARCM, *et al.* Estudo multicêntrico da prevalência de tuberculose e HIV na população carcerária do Estado do Mato Grosso do Sul. *Com. Ciências Saúde*. 2017; 28(1): 53-7.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica. Manual para a equipe multiprofissional. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf
 13. Sá CP. Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória. Rio de Janeiro, RJ (BR): EdUERj; 2015.
 14. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11 ed. Petrópolis, RJ (Br): Vozes; 2017. p. 29-110.
 15. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadores. As representações sociais. Rio de Janeiro, RJ (Br): EdUERj; 2001. p.17-44.
 16. Silva SED, Camargo BV, Padilha MIA. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. *Rev. Bras. Enferm.*, 2011; 64(5): 947-51.

17. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas in: metodologias de pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria para a pratica. 1 ed. Porto Alegre: Moriá, 2016; p.481-511.
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5th ed. São Paulo, SP (Br): Edições 70; 2020.
19. Melo LD. Conhecimentos e comportamentos de universitários sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis: estudo de método misto [Tese de Doutorado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro] - 2022. 225p.
20. Minayo MCS, Constantino P. (Eds.). Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. SciELO-Editora Fiocruz, 2015.
21. Borges, J. Prisões: espelhos de nós. Todavia, 2020.
22. Agnolo CMD, Belentani LM, Jardim APS, Carvalho MDB, Peloso SM. Perfil de mulheres privadas de liberdade no interior do Paraná. Rev Baiana Saude Publica, 2013; 37(4), 820-34.
23. Ireland TD, Lucena HHRD. Educação e trabalho em um centro de reeducação feminina: Um estudo de caso. Cadernos CEDES, 2016; 36, 61-78.
24. Melo LD, Rodrigues JS, Silva LAF, Fernandes ROM, Lima SMC, Lima HD. Representações sociais do autocuidado na farmacoterapia antihipertensiva. Revista Científica de Enfermagem, 2021; 11(36): 352–365.
25. Melo LD, Jeremias JS, Shubo AFMF, Taroco FE, Spindola T, Gomes Filho W, et al. Tabagismo, Hipertensão Arterial Sistêmica e Pandemia da Covid-19: uma Análise Psicanalítica Freudiana. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento; 2020; 9(11):e57891110240.
26. Castro JLC, Santos JVO, Araújo LF, Faro A, Rocha APP, Reis ST. Social representations of HIV/Aids for adolescents: A structural approach. Análise Psicológica, 2019; 37(1):15-27.
27. Nunes CC, Sousa RJA, Costa AGS, Filgueiras LA, Almeida YS. Aspectos socioeconômicos e a coinfeção tuberculose/HIV no brasil: uma revisão da literatura. Educação, Ciência e Saúde, 2020; 7(2), 18-22.
28. Chagas DDNP, Carvalho NA, Arreguy-Sena C, Melo LD, Silva GA, Spindola T. Autocuidado do homem pós-alta hospitalar: perspectivas para o cuidado de enfermagem numa abordagem domiciliar. Enfermagem Brasil, 2020; 19(5):361-71.
29. Silva DPE, Oliveira DC, Marques SC, Hipólito RL, Costa TLD, Machado YY. Social representations of the quality of life of the young people living with HIV. Rev. Bras. Enferm. 2021; 74(2): e20200149.
30. Araújo SN, Nascimento VC, Santos FK, Marques SC, Oliveira DC. Social representations of antiretroviral therapy for people living with HIV. Revista de Enfermagem da UFSM, 2021; 11(54): 1-18.

6.3 ARTIGO 3

**Mulheres Privadas de Liberdade: Representações Sociais sobre Saúde,
Cuidado e Tuberculose**

**Women Deprived of Liberty: Social Representations about Health, Care and
Tuberculosis**

**Mujeres Privadas de Libertad: Representaciones Sociales sobre Salud,
Atención y Tuberculosis**

Autores

Denicy de Nazaré Pereira Chagas¹

Isabel Cristina Gonçalves Leite²

Girleene Alves da Silva³

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Enfermeira da prefeitura de Juiz de Fora. **Orcid:** orcid.org/0000-0001-5928-4384

² Professora Titular da Universidade Federal de Juiz de Fora/ Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil. **Orcid:** orcid.org/0000-0003-1258-7331

³ Professora Titular da Universidade Federal de Juiz de Fora/ Faculdade Enfermagem; Juiz de Fora, MG, Brasil. **Orcid:** [orcid.org/ 0000-0002-8758-1156](https://orcid.org/0000-0002-8758-1156)

RESUMO

Introdução: O Brasil assume a quarta posição no mundo, com mais mulheres encarceradas. Além da fragilidade que afeta o processo de saúde/cuidado dentro do sistema prisional, a superlotação e as condições precárias de higiene, expõe essas mulheres à diferentes microrganismos, que disseminam importantes doenças infectocontagiosas como a Tuberculose. Objetivo: Apreender as representações sociais de mulheres privadas de liberdade acerca do processo saúde/cuidado e tuberculose. Material e Métodos: Participaram da pesquisa 34 mulheres. Valeu-se da técnica projetiva, realizada através de 12 palavras específicas inerentes ao conceito científico dos termos indutores saúde, cuidado e tuberculose, que se materializou por meio da escolha de cada participante de até cinco palavras. Os dados foram codificados e sua discussão teve aporte teórico da Teoria das Representações Sociais. Resultados: o processo saúde/cuidado perpassa valores de bem-estar, felicidade, disposição, equilíbrio e liberdade, assim como proteção, prevenção, respeito, família e atenção. Já a tuberculose foi ancorada nas doenças contagiosas, representada por medo e tosse, porém como uma doença que tratada, leva a cura. A vulnerabilidade foi marcada por constructos representacionais, como a ausência da família, o número elevado de mulheres por cela, a falta de ventilação e dificuldades de tratamento dentro da unidade. Considerações finais: O estudo vem contribuir para

o campo da saúde coletiva à medida em que retratam um problema de saúde pública e uma realidade vivida por ou grupo social que é pouco priorizado pelas políticas públicas e sociais.

Palavras-chave: Tuberculose. Mulheres Privadas de Liberdade. Representações Sociais.

ABSTRACT

Introduction: Brazil occupies the fourth position in the world, with more women incarcerated. In addition to the fragility that affects the health/care process within the prison system, overcrowding and poor hygiene conditions, expose these women to different microorganisms that spread important infectious diseases, such as Tuberculosis. **Objective:** To apprehend the social representations of women deprived of liberty about the health/care process and tuberculosis. **Material and Methods:** 34 women participated in the research. It used the projective technique, performed through 12 specific words inherent to the scientific concept of the inducing terms health, care and tuberculosis, which materialized through the choice of up to five words by each participant. The data were coded and their discussion had theoretical support from the Theory of Social Representations. **Results:** the health/care process permeates values of well-being, happiness, disposition, balance and freedom, as well as protection, prevention, respect, family and care. Tuberculosis, on the other hand, was anchored in contagious diseases, represented by fear and cough, but as a disease that, when treated, leads to a cure. Vulnerability was marked by representational constructs, such as the absence of family, the high number of women per cell, lack of ventilation and treatment difficulties within the unit. **Final considerations:** The study contributes to the field of collective health as it portrays a public health problem and a reality experienced by a social group that is little prioritized by public and social policies.

Keywords: Tuberculosis. Women Deprived of Liberty. Social Representations.

RESUMEN

Introducción: Brasil ocupa la cuarta posición en el mundo, con más mujeres encarceladas. Además de la fragilidad que afecta el proceso de salud/atención dentro del sistema penitenciario, el hacinamiento y las malas condiciones higiénicas, exponen a estas mujeres a diferentes microorganismos que propagan importantes enfermedades infecciosas, como la Tuberculosis. **Objetivo:** Aprender las representaciones sociales de mujeres privadas de libertad sobre el proceso de salud/atención y la tuberculosis. **Material y Métodos:** Participaron de la investigación 34 mujeres. Se aprovechó la técnica proyectiva, realizada a través de 12 palabras específicas inherentes al concepto científico de los términos inductores salud, cuidado y tuberculosis, que materializaron a través de la elección de cada participante de hasta cinco palabras. Los datos fueron codificados y su discusión tuvo soporte teórico de la Teoría de las Representaciones Sociales. **Resultados:** el proceso salud/cuidado permea valores de bienestar, felicidad, disposición, equilibrio y libertad, así como protección, prevención, respeto, familia y cuidado. La tuberculosis, en cambio, estaba anclada en enfermedades contagiosas, representadas por el miedo y la tos, pero como una enfermedad que, cuando es tratada, conduce a la cura. La vulnerabilidad estuvo marcada por constructos representacionales, como la ausencia de la familia, el alto número de mujeres por celda, la falta de ventilación y las dificultades de trato dentro de la unidad. **Consideraciones finales:** El estudio contribuye al campo de la salud colectiva al

retratar un problema de salud pública y una realidad vivida por un grupo social poco priorizado por las políticas públicas y sociales.

Palavras-clave: Tuberculosis. Mujeres Privadas de Libertad. Representaciones Sociales.

INTRODUÇÃO

O Sistema Prisional, ao longo dos séculos, serviu para diversos castigos e punições severas, que variavam de chicotadas, maus tratos e trabalho forçado. No Século XVI surgem na Europa as primeiras prisões legais com disciplinas rígidas, que buscavam “transformar” os usuários em sujeitos úteis e produtivos e serviam para recolher os mendigos, vagabundos, prostitutas e todos que se destoavam da sociedade.¹⁻²

Ao longo dos anos, os direitos instituídos para a População Privada de Liberdade (PPL) foram estabelecidos em leis internacionais e nacionais³⁻⁴ que definiram a responsabilidade de cada país. No Brasil, destaca-se a Lei de Execução Penal (LEP), que em seu art. 10, prevê a assistência ao preso, de forma ampla, como: material; à saúde; jurídica; educacional; social e religiosa, visando a prevenção do crime e a reinserção do usuário na sociedade.

Dentre os direitos instituídos, destaca-se o da saúde. A intensificação das políticas de saúde voltadas a PPL se deram a partir de 2003, com a elaboração do Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional (PNSSP), através da Portaria Interministerial 1777, pelo Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Justiça (MJ), ao considerar que a atenção à saúde dessa população no Brasil era vista por uma perspectiva reducionista.⁵

A garantia do acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) por esta população, através da Lei de nº 8080 de 19 de setembro de 1990, constitui uma responsabilidade partilhada pelo Ministério Extraordinário da Segurança Pública (MESP), concretizada pela parceria entre Secretarias de Justiça e Segurança/Administração Penitenciária, e MS em níveis Estadual e Municipal, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.⁶⁻⁷⁻⁹

A PNAISP foi instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com a proposta de garantir à PPL o cuidado à saúde e o acesso ao SUS, nos diferentes níveis de atenção. Nesse aspecto, o sistema prisional passa a ser o próprio ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desenvolvendo

atividades e ordenando ações e serviços de saúde, por meio de uma equipe multiprofissional, que compõe a Unidade Básica de Saúde (UBS), interna ou próxima à instituição prisional.⁹

As equipes de saúde têm a responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde da PPL, sendo formadas e caracterizadas de acordo com o perfil epidemiológico e número de usuários sob custódia.⁹ No entanto, a realidade dos presídios brasileiros, mostra-nos um déficit significativo, em que 31% das prisões não possuem cobertura de saúde⁷, dificultando ainda mais o cuidado a essa população.

O país tem hoje cerca de 1.070 unidades masculinas, 238 unidades mistas e 103 unidades femininas. Em Minas Gerais, há três penitenciárias exclusivamente femininas.⁸ As prisões femininas confirmam o lugar de submissão, cobrança e descaso colocado às mulheres. Necessitam de uma visão interseccional, que considere não só as especificidades de gênero, mas a maternidade, raça e etnia e a política de drogas.

Observa-se um contínuo crescimento da PPL, e o Brasil assume a quarta posição no mundo, com mais mulheres encarceradas.⁷⁻⁸ Tal fato provoca uma reflexão sobre a sociedade contemporânea, tão marcada pela exclusão, pobreza e omissão governamental frente à garantia dos direitos constitucionais, que vem agravar ainda mais a precariedade do sistema prisional e impossibilitar ações mínimas de cuidado a vida.

Além da fragilidade que afeta o processo de saúde e cuidado dentro do sistema prisional, uma vez que é voltado para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), imunizações e para a redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas¹⁰ a superlotação e as condições precárias de higiene, expõe esses indivíduos vulneráveis à diferentes microrganismos, que disseminam importantes doenças infectocontagiosas, como a Tuberculose (TB).

A TB pulmonar configura-se como um grande desafio mundial e representa a principal causa de morte entre as doenças infecciosas no mundo. E a PPL desde 2011, está listada como prioritária no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).¹¹ Em 2014, o sistema prisional passa a ser foco do projeto TB Reach, ligado ao Stop TB Partnership da WHO¹², que realizou a busca ativa dos casos suspeitos de TB em algumas instituições prisionais do país, por meio do TRM-

TB. Os dados do projeto vêm sendo utilizados para embasar as recomendações para o controle da TB na PPL.

Outro destaque é em relação ao tratamento incorreto da TB no sistema carcerário, o que possibilita o aparecimento de cepas resistentes, sendo observado até 24% dos casos de TB MDR-TB, pois o usuário estando em situação privada de liberdade, apresenta desfechos desfavoráveis e dificuldades para o controle da doença.¹¹⁻¹³

No período de 2010 a 2019, nota-se um aumento da incidência de TB na PPL. Somente no ano de 2019, houve cerca de 11,1% (8.154 casos) de registros da doença nessa população. Além do encarceramento e da presença da TB, que chega a ser 34 vezes maior quando comparado à população em geral, a PPL apresenta história de uso de drogas e taxa de infecção pelo HIV mais elevada do que da população geral, o que agrava o estado da saúde e a forma do tratamento da TB.¹⁴

Diante dessas informações, este estudo se faz importante devido escassez de pesquisas sobre a temática. Além disso, essas mulheres, enquanto PPL, constituem-se em um grupo socialmente constituído, uma vez que, elas compartilham características comuns ligadas ao perfil sociodemográfico, processo saúde/doença similar, bem como pela convivência contínua e prolongada em ambiente restrito e privado.¹³ Desse modo, elas apresentam constructos representacionais, capazes de elaborar e expressarem-se socialmente com suas Representações Sociais (RS)¹⁵ sobre o processo saúde/cuidado e tuberculose.

Assim, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: que RS são elaboradas por mulheres privadas de liberdade sobre a saúde, o cuidado e TB? E objetivou-se, portanto, apreender as RS de mulheres privadas de liberdade de um município mineiro sobre o processo saúde/cuidado e TB.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo com aporte teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais.¹⁵ As representações são engendradas a partir da percepção do indivíduo que está inserido no meio e da sua interação os outros. Essa dicotomia irá favorecer a compreensão do senso comum diante do objeto de pesquisa.

O cenário de pesquisa foi uma das unidades prisionais de um município, referência da Zona da Mata Mineira, Brasil. Participaram do estudo, 34 mulheres

privadas de liberdade número que se refere a saturação dos dados, que de acordo com a literatura científica, sendo a base para atender os objetivos do estudo. Foram critérios de inclusão: idade ≥ 18 anos, independente da etnia ou raça, religião, convicção política e condição econômica. Foram excluídas: mulheres que por algum motivo não se encontravam presentes no momento da coleta.

Na etapa de coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado com dados de identificação das características sociodemográficas, comportamentais e da história de saúde (idade, naturalidade, raça/cor, estado civil, orientação sexual, filhos, escolaridade, profissão/ocupação, tipo de regime, tempo de pena, tempo de permanência no sistema prisional), comportamentais (uso de drogas lícitas e ilícitas), história clínica: contato com tuberculose pulmonar na penitenciária ou fora dela; infecção por HIV e presença de outras comorbidades crônicas e uso de medicamentos.

Foram captadas ainda informações acerca das RS do processo de saúde/cuidado e TB, por meio da técnica projetiva, realizada através de um questionário com palavras previamente selecionadas, inerentes ao conceito científico dos termos indutores, que possibilitou à participante vivenciar sensações visuais e emocionais na manifestação de conteúdos afetivos, que emergem do inconsciente e se materializa por meio das escolhas. Foi entregue e explicado a cada participante o instrumento de coleta, e solicitado que marcasse até cinco palavras ou expressões, por ordem de importância, que viessem à mente após a enunciação dos termos, sendo a primeira palavra com maior importância recebendo o número um e a quinta com menor importância, o número cinco. Os termos indutores foram: SAÚDE, CUIDADO, TUBERCULOSE, sendo cada termo apresentado por 12 palavras específicas. Durante as escolhas das palavras, as mulheres foram explicando e justificando suas opções.

O termo indutor SAÚDE, foi baseado no seu conceito ampliado, como sendo: “pleno bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença”.¹⁶ O termo indutor CUIDADO, teve sua referência, sendo como: “ um modo de fazer na vida cotidiana, que se caracteriza pela atenção responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização”¹⁷ E o termo indutor Tuberculose, conceituado como: uma doença infecciosa e transmissível, caracterizada pela tosse, que tem tratamento e cura, e que nos seus casos graves pode levar a morte¹⁴.

Os dados foram coletados, por uma equipe de pesquisadoras, através de entrevistas individuais, realizadas em uma sala privativa, localizada no pavilhão feminino da unidade prisional. As entrevistas aconteceram no período de 01 outubro a 20 de dezembro de 2021 e tiveram duração média de 25 minutos

Os dados de caracterização foram transcritos no *Software Microsoft Excel 2016* e tratados segundo a frequência absoluta e relativa de cada variável e apresentada em tabelas com o apoio do *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26*, conforme recomendações metodológicas.¹⁸ Esta forma simplificada de apresentação do perfil sociodemográfico e de saúde das participantes favoreceu a compreensão das particularidades que caracterizam a população investigada como um grupo socialmente constituído.¹⁸ E os dados da técnica projetiva foram codificados diretamente no questionário, digitados em planilha Excel e analisados por meio do programa SPSS segundo a estatística descritiva, com aporte da Teoria das Representações Sociais.¹⁵

A pesquisa atendeu às diretrizes e normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer de n. 3.784.839 em 19 de dezembro de 2019. Em cumprimento às normas éticas, as participantes foram orientadas quanto aos objetivos e finalidades da pesquisa conforme proposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O respeito ao sigilo de suas identidades foi preservado por meio do uso de letras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 34 mulheres privadas de liberdade, tiveram a sua caracterização sociodemográfica apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n=34).

	f	%
<i>Idade</i>		
18 a 24	5	14,8
25 a 29	9	26,6
30 a 39	12	35,3
40 a 49	5	14,9
50 a 59	3	8,8
≥60	34	-
Total	-	100,0

Cor de pele autodeclarada

Branca	6	17,6
Amarela	1	2,9
Parda	21	61,9
Negra	6	17,6
Total	34	100,0

Naturalidade

Juiz de Fora	12	35,3
Outras cidades mineiras	17	50,0
Outro estado	4	11,8
Outro país	1	2,9
Total	34	100,0

Escolaridade

Nenhuma	-	-
Fundamental incompleto	16	47,0
Fundamental completo	2	5,9
Médio incompleto	5	14,7
Médio completo	9	26,5
Superior incompleto	2	5,9
Superior completo	-	-
Total	34	100,0

Profissão

Não informado	3	8,8
Autônoma	16	47,1
Estudante	2	5,9
Do lar	4	11,7
Trabalho informal	8	23,6
Aposentada	1	2,9
Total	34	100,0

Orientação sexual

Heterossexual	29	85,4
Bissexual	3	8,8
Lésbica	2	5,8
Total	34	100,0

Estado civil

Solteira	14	41,2
União estável	8	23,5
Casada	7	20,6
Divorciada	2	5,9
Viúva	3	8,8
Total	34	100,0

<i>Número de filhos</i>		
Sem filhos	4	11,7
1-2	15	44,2
3-4	10	29,4
≥5	5	14,7
Total	34	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao perfil sociodemográfico das participantes, as idades predominantes são 30 a 39 anos (35,3%) e 25 a 29 (26,9%), que juntas contabilizam 61,9% das participantes (Tabela 1). Tal realidade reflete a necessidade de desmembrar a PPL por gênero, para que possa incluir e discutir os direitos específicos das mulheres em privação de liberdade, em sua totalidade.

A cor de pele autodeclara parda (61,9%) e em relação a naturalidade, 50% são de outras cidades mineiras, dado justificado devido a referência regional que o município da pesquisa assume na Zona da Mata Mineira. A escolaridade foi em sua maioria ensino fundamental incompleto (47%), a função de profissional desenvolvida autônoma antes de chegar ao complexo penitenciário (47,1%), orientação sexual heterossexual (85,4%), estado civil solteiras (41,2%) e o n° de filhos sendo de 1 a dois filhos (44,2%) (Tabela 1) é um perfil similar ao encontrado em outras investigações e espelham a realidade brasileira da PPL.¹⁷⁻¹⁸

O perfil das participantes, caracterização do regime penal consta na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização do cumprimento de pena das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n=34).

	f	%
<i>Tipo de regime</i>		
Aberto	1	2,9
Semiaberto	7	20,6
Fechado	11	32,4
Provisório	15	44,1
Total	34	100,0
<i>Tempo previsto de pena em anos</i>		
Não sabe	15	44,2
≤10	13	38,2
11 a 19	5	14,7
≥20	1	2,9

Total	34	100,0
<i>Tempo de prisão em meses</i>		
≤6	20	58,9
7 a 12	6	17,6
13 a 18	3	8,8
19 a 24	3	8,8
≥25	2	5,9
Total	34	100,0
<i>Número de pessoas em sua cela</i>		
≤15	-	-
16 a 25	12	35,3
26 a 35	22	64,7
Total	34	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que o tipo de regime penal predominante foi o provisório (44,1%), seguido do fechado (32,4%). Conseqüentemente, 44,2% não sabiam o tempo de pena, o que se correlaciona com o tipo de regime provisório, ou seja, ainda aguardando julgamento, e 38,2% com tempo previsto da pena em anos ≤10 anos. Novamente, observa-se um perfil típico de PPL, onde as mulheres se envolvem em situações de criminalização classificadas como de menor gravidade quando comparada aqueles cometidos pelo sexo masculino, sendo este fato compartilhados por outros estudos.¹⁹⁻²⁰

O tempo de prisão em meses das participantes foi ≤6 meses (58,9%), demonstrando correlação com a medida provisória que a maioria se encontra. O número elevado de pessoas por cela entre 26 e 35 pessoas relatado por 64,7,9% das participantes (Tabela 2) retratam as condições desumanas a que a PPL se encontra e espelham as insalubres condições de vida e saúde dessas pessoas que são vistas e tratadas como deserdados sociais.²¹⁻²²

Diante do exposto, as participantes durante as entrevistas, demonstravam constrangimento, e retrataram se sentir mais vulneráveis, uma vez que o alto número de mulheres na cela, não lhes garantem privacidade no atendimento e no tratamento, quando necessário. Verifica-se, por meio desses depoimentos, que a incompatibilidade da estrutura física reservada para o atendimento direto à saúde afeta a qualidade das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Sem opção de outro local adequado para atender as particularidades exigidas por cada

diagnóstico, continuam desenvolvendo suas ações em um espaço insatisfatório, gerando resistência entre as encarceradas pela exposição de suas intimidades, durante as consultas.

A caracterização do perfil de saúde e doença das participantes foi apresentada abaixo na Tabela 3.

Tabela 3: Caracterização do perfil de saúde e doença das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro (n=34).

	f	%
<i>DCNT</i>		
Sim	22	64,7
Não	12	35,7
Total	34	100,0
<i>Uso contínuo de medicamentos</i>		
Sim	22	64,7
Não	12	35,7
Total	34	100,0
<i>Tabagista</i>		
Sim	22	64,7
Não	11	32,3
Ex-usuária	1	3,0
Total	34	100,0
<i>Uso de drogas ilícitas</i>		
Sim	1	3,0
Não	9	26,4
Ex-usuária	24	70,6
Total	34	100,0
<i>Presença de HIV-Aids</i>		
Sim	1	3,0
Não	33	97,0
Total	34	100,0
<i>Histórico ou contato com a tuberculose</i>		
Sim	6	17,7
Não	28	82,3
Total	34	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os dados, 64,7% relataram possuir alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), dentre elas, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o

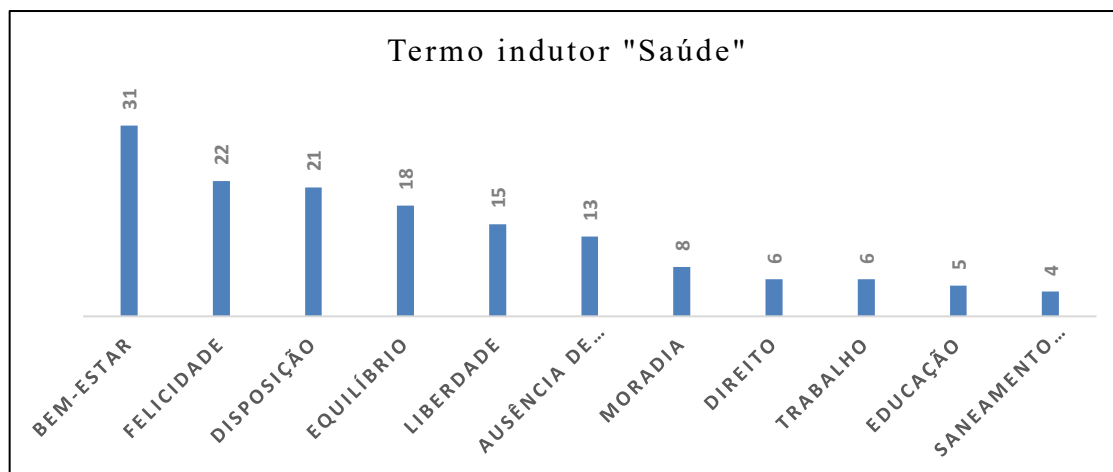
Diabetes *Méllitus* (DM) e os transtornos mentais, conforme registros do diário de campo. E concomitantemente 64,7% afirmaram fazer uso contínuo de medicamentos, realidade comum entre portadores de doenças crônicas passíveis de controle.²³

Em relação ao uso de drogas, 64,7% das participantes relataram fazer uso de cigarro, 3,0% de drogas ilícitas e 70,6% serem ex-usuárias sendo as drogas referidas maconha, cocaína e o crack (Tabela 3). Essa condição, ratificam dados nacionais e estaduais, uma vez que o uso e a dependência de substâncias psicoativas, são fortemente presentes na população prisional.²⁴⁻²⁵ Reforçam ainda, que a ligação das condições de vulnerabilidade social e uso de álcool e outras drogas, tem contribuído de forma significativa para o aprisionamento dessas mulheres.²⁵

O relato de apenas 1 participante (3%) em relação ao HIV/Aids, juntamente com relato de nenhum histórico pessoal de TB e de apenas 17,7% das participantes que tiveram contato com pessoas portadoras de TB, pode retratar uma informação velada quanto aos inúmeros medos, estigmas e RS que ainda permeiam a temática no imaginário social.²⁶ O perfil relatado de TB também é considerado abaixo da realidade nacional, visto que esta infecção, é considerada uma pandemia que possui múltiplos determinantes sociocomportamentais como a baixa renda e muito presente na PPL, usuários de drogas (i)lícitas, dentre outros.¹⁴⁻²⁶

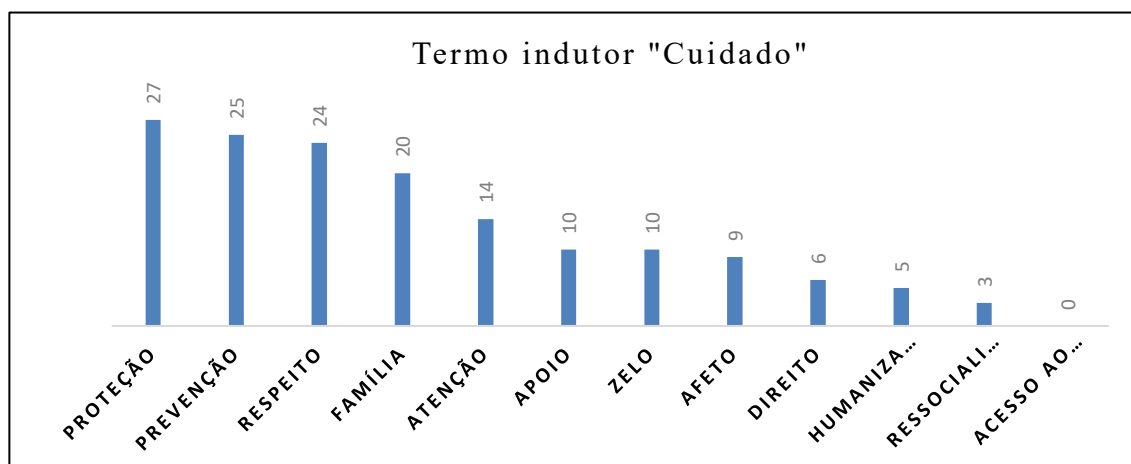
Reforçando os resultados de caracterização apresentados e discutidos acima, foi realizada a análise das informações captadas acerca das RS do processo de saúde/cuidado e TB, por meio da técnica projetiva. Essas representações estão descritas e exemplificadas por meio das frequências dos termos indutores, SAÚDE, CUIDADO, TUBERCULOSE apresentadas pelos Gráfico 1, Gráfico 2 e Gráfico 3.

Gráfico 1: Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro ao termo indutor Saúde, 2021 (n=34)



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 2: Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro ao termo indutor Cuidado, 2021 (n=34)



Fonte: Dados da pesquisa

Como se vê, as RS das mulheres privadas de liberdade, sobre o processo saúde/cuidado e TB produzem sentidos e significados ligados à sua vivência atual, direcionando suas ações e condutas no saber-fazer cotidiano. Desse modo, as RS perpassam um conjunto de saberes envolto pela história de vida, conhecimentos, valores e crença das mulheres em situação de privação.

Desse modo, podemos interpelar que as RS que as mulheres carcerárias têm sobre o processo saúde/cuidado, são ancoradas em ações de (auto)cuidado e pelo conceito ampliado de saúde, uma vez que as percepções individuais sobre a expressão “saúde” envolve bem-estar, felicidade, disposição, equilíbrio e liberdade.

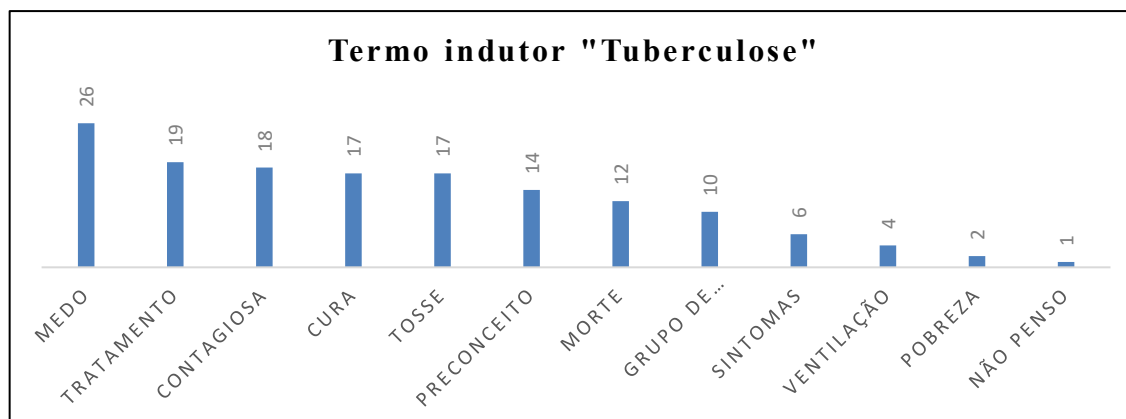
E em relação a expressão “cuidado” esta envolve proteção, prevenção, respeito, família e atenção.

Importante mencionar, que durante as escolhas das palavras, as mulheres foram relatando que, embora acreditem que essas representações constroem o processo de saúde/cuidado do ser humano, elas não vivenciam isso na prática e no dia a dia. Reconhecem que esse processo é deficitário dentro do sistema prisional e que ao longo dos anos, ele se torna um local de adoecimento, tanto físico, quanto psíquico. Assim, observa-se, que os dados não reforçam a velha concepção de saúde, enraizada no modelo biomédico hegemônico que está ancorado no imaginário social, uma vez que trazem novas perspectivas de saúde e cuidado.¹⁶

Cabe destacar que o emergir da expressão Cuidado, trouxe dimensões afetivas permeadas pela percepção de uma angústia das participantes, circunscritas por vezes na falta de respeito, sentida principalmente dentro do sistema prisional e pela sociedade, seja no afastamento familiar e ou abandono dos companheiros. Esta angústia pessoal é vivenciada por todas as mulheres, uma vez que, as visitas são limitadas e os próprios familiares/companheiros decidem por não visitar. Esse contexto, mais uma vez reforça a necessidade urgente de ressignificar o olhar sobre as mulheres carcerárias ²⁷, e inserir a questão do gênero na discussão/implementação das políticas públicas.

A dimensão comportamental e atitudinal se encontra ancoradas pela proteção, prevenção e atenção, relacionadas a necessidades de compartilharem objetos pessoais como sabonetes, lâminas, copos e cigarros. Também o uso de um único banheiro e revezamento de camas potencializam, ao modo de ver das participantes, o risco de transmissão de doenças, embora seja uma forma de aceitação no grupo. Para as participantes, ter muita gente convivendo na mesma cela, dificulta a percepção quanto as ações de cuidado recebidas, principalmente voltadas a higiene, qualidade da comida e banho frio.

Gráfico 3: Frequência das respostas das mulheres privadas de liberdade de um município mineiro ao termo indutor Tuberculose, 2021 (n=34)



Fonte: Dados da pesquisa

Em relação a expressão Tuberculose, foi possível perceber que na dimensão informativa e cognitiva observam-se conteúdos reificados a exemplo da RS de que a TB é contagiosa, mas tem tratamento e cura, mostrando que a memória social da TB e suas representações vem sofrendo mudanças com o decorrer das décadas.

Na dimensão valorativa e afetiva foram valorados a necessidade do acompanhamento e diagnóstico, fortalecendo o pensamento social de que a testagem para a TB, deveria ser obrigatória para que todas tivessem ciência, principalmente pelo alto números de mulheres na cela e dificuldades de promoção, controle e tratamento. Tal perspectiva pode ser viável e necessária mediante ao fato de que a PPL se caracterizam como um dos grupos de maior risco para a ocorrência da TB, com alto índice de abandono e complicações.

Pode-se perceber que a presença da tosse, veio como principal sintoma, reconhecido por todas, e como um sinal fácil de se detectar, porém relatam que causa medo devido a ventilação prejudicada, cuidado ineficiente e repulsa. Assim, na dimensão imagética e objetival das RS foram imprimidas a memória social da TB, marcada ainda pelo medo, preconceito e morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil de caracterização predominante: idade entre 30 a 39 anos, cor de pele autodeclarada pardas, naturais de outras cidades mineiras, ensino fundamental incompleto e trabalhavam de forma informal. Heterossexuais, solteiras e com um ou dois filhos.

A maioria estava em regime do tipo provisório, com tempo de pena indeterminado, tempo de prisão ≤ 6 meses e o número de pessoas que conviviam na mesma cela era de 26 a 35 mulheres.

Em relação ao perfil de comorbidades, a maioria afirmou ser portadora de algum tipo de DCNT, fazer uso contínuo de medicamentos, ser tabagistas, ex-usuárias de drogas ilícitas, não ser portadora de HIV/Aids e não ter tido contato com portadores de TB.

Destaca que a vulnerabilidade foi marcada por constructos representacionais, que mostraram percepções sobre o processo saúde/cuidado, embasadas pelo conceito amplo de saúde e pelo o que gostariam de receber dentro do sistema prisional, como bem-estar, a presença da família, sentirem protegidas e ter ações de prevenção. E em relação a tuberculose, está foi ancorada pelo medo, por ser uma doença contagiosa e de difícil controle dentro do sistema prisional, embora com tratamento e cura.

Os achados deste estudo vêm contribuir para o campo da saúde coletiva à medida em que retratam um problema de saúde pública e uma realidade vivida por um grupo social que é pouco priorizado pelas políticas públicas e sociais. É necessário ainda, intervenções eficazes em cuidado e tratamento saúde no tange as doenças causadas por infecções respiratórias. É importante destacar a necessidade de se implementar de fato a política pública de cuidado à saúde dentro das instituições que acolhem as pessoas privadas de liberdade.

Como limitações deste estudo assume-se a impossibilidade em ter realizado a gravação das entrevistas individuais em profundidade por ser este um impedimento legal do regime presidiário. Para minimizar tal limitação a estratégia adotada foi a utilização do diário de campo, durante as entrevistas.

Portanto, é necessário adotar diferentes abordagens metodológicas para melhor compreensão da realidade vivida por esta população e enfrentar os problemas de físicos e estruturais e melhorar a viabilidade das ações de saúde neste setor.

REFERÊNCIAS

1. Mirabete, Julio Fabrini. Manual de Direito Penal: parte geral. rev. e atual. 1º v. São Paulo: Atlas, 1995.

2. Wacquant, Loïc. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. *Novos estudos CEBRAP*, p. 9-19, 2008.
3. Burgers, J. Hermann. *The United Nations convention against torture: A handbook on the convention against torture and other cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment*. Martinus Nijhoff Publishers, 1988.
4. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm Acesso: 28 out. 2022.
5. Brasil. Portaria Interministerial Nº 1777, de 09 de setembro de 2003. 2003. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/sistemaprisional/leis/2003Portaria1777.pdf>. Acesso: 26 out. 2022.
6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso: 29 out. 2022.
7. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. *Geopresídios*. 2020. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php Acesso: 22 out. 2022.
8. Brasil. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN Mulheres*. 2. ed. Departamento Penitenciário Nacional. Brasília: Ministério da Justiça, 2021.
9. Brasil. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – 1. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.*
10. Sánchez, Alexandra; Leal, Maria de Carmo; Larouzé, Bernard. *Realidade e desafios da saúde nas prisões*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1996-1996, 2016.
11. Brasil. *Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)*. Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf> Acesso: 29 out. 2022.
12. Stop TB Partnership. *TB Reach. Wave 9*. 2014. Disponível em: <https://stoptb.org/global/awards/tbreach/> Acesso em: 19 out. 2022.
13. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA, *et al.* HIV and related infections in prisoners. *Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees*. *Lancet*, 2016; 388 (10049):1089-102.
14. Brasil. *Boletim Epidemiológico - Tuberculose*. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-tuberculose-2021_24.03 22 out. 2022.

15. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11 ed. Petrópolis, RJ (Br): Vozes; 2017. p. 29-110.
16. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
17. PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3 ed. Hucitec/IMS/UERJ-ABRASCO. 2005.
18. Sá CP. Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória. Rio de Janeiro, RJ (BR): EdUERJ; 2015.
19. Agnolo CMD, Belentani LM, Jardim APS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Perfil de mulheres privadas de liberdade no interior do Paraná. Rev Baiana Saude Publica, 2013; 37(4), 820-34.
20. Ireland TD, Lucena HHRD. Educação e trabalho em um centro de reeducação feminina: Um estudo de caso. Cadernos CEDES, 2016; 36, 61-78.
21. Minayo MCS, Constantino P. (Eds.). Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. SciELO-Editora Fiocruz, 2015.
22. Borges, J. Prisões: espelhos de nós. Todavia, 2020.
23. Melo LD, Rodrigues JS, Silva LAF, Fernandes ROM, Lima SMC, Lima HD. Representações sociais do autocuidado na farmacoterapia.
24. Stock, Bárbara Sordi; Dotta-Panichi, Renata Maria; Fuzinato, Aline Mattos. ¿Privarlas de libertad es privarlas de salud? Interlocuciones entre género, salud pública 13 Anais do 8º Encontro Internacional de Política Social e 15º Encontro Nacional de Política Social ISSN 2175-098X y prisión a partir de la experiencia de un equipo de atención básica. Papers Revista de Sociologia, 102/2, p. 337-371, 2017.
25. Fuzinato, Aline Mattos. Mulheres, drogas e prisões: intersecções presentes no sistema prisional feminino da região metropolitana de porto alegre/RS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social. Porto Alegre 2021
26. Nunes CC, Sousa RJA, Costa AGS, Filgueiras LA, Almeida YS. Aspectos socioeconômicos e a coinfeção tuberculose/HIV no brasil: uma revisão da literatura. Educação, Ciência e Saúde, 2020; 7(2), 18-22.
27. Buglione S. O dividir da execução penal: olhando mulheres, olhando diferenças. In: Carvalho, S (Org.). Crítica à execução penal: doutrina, jurisprudência e projetos legislativos. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2002.

7 CONSIDERAÇÕES

A situação das mulheres no sistema prisional, perpassa além dos mesmos problemas enfrentados pelos homens, a luta contra o preconceito e sexismo. As mulheres na prisão pertencem a grupos com grande vulnerabilidade e exclusão social, mesmo antes de fazer parte da vida na prisão.

O perfil de caracterização foi predominante: idade entre 25 a 29 anos, cor de pele autodeclarada pardas, não residentes da cidade, possuíam ensino fundamental incompleto, trabalhavam de forma informal. Eram heterossexuais, solteira, tinham entre um e quatro filhos e sofrem pelo abandono de familiares e companheiros.

As representações sociais retrataram percepções sobre a saúde e o (auto)cuidado. Ter saúde envolve o cessar o tabagismo, não uso de drogas (i)lícitas, alimentar-se bem, dormir bem e se sentirem seguras/protegidas. O cuidado visto na forma de atenção, presença de família, liberdade, acesso e prevenção. A tuberculose ainda marcada pelo medo, preconceito, silencia e várias dificuldades de tratamento, embora reconheçam o tratamento e cura. E o HIV/Aids, envolto por preconceitos, medos e a presença da morte, no entanto, enxergam o tratamento como possibilidade de manter a vida.

A vulnerabilidade foi marcada por constructos representacionais que retratam vulnerabilidade, como o número de mulheres por cela, o tipo de práticas sexuais adotadas e o compartilhamento de objetos pessoais.

Os achados deste estudo são um contributo ao campo da enfermagem e da saúde coletiva à medida em que retratam uma realidade vivida por ou grupo social que é pouco priorizado pelas políticas públicas. E, fazendo uso das falas das próprias participantes, a PPL é composta por atores sociais que são esquecidos pela sociedade, contudo carecem de atenção e cuidados em saúde.

Destaca-se ainda, a iminente necessidade de intervenções eficazes em saúde no tange ao perfil de saúde-doença evidenciado, vulnerabilidades a contaminação por infecções respiratórias ou ainda por IST mediante ao tipo de práticas sexuais adotados pela PPL.

REFERÊNCIAS

- AILY, D. C. *et al.* Tuberculose, HIV e coinfeção por TB/HIV no Sistema Prisional de Itirapina, São Paulo, Brasil. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 72, n. 4, p. 288–294, 2013. ISSN: 1983-3814.
- ALMEIDA, R. D. M. **Diagnóstico de HIV e fatores associados à sua positividade e vulnerabilidade social entre pacientes com tuberculose de centros de referência de um município prioritário no Brasil**. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/6697/1/rodrigodemartinalmeida.pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.
- ANDRADE, V. R. P. **A ilusão de segurança jurídica: do controle da violência à violência do controle penal**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.
- ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 367–379, 2000. DOI: 10.1590/S1413-81232000000200010.
- ARAÚJO, M. F. A. *et al.* Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 296–302, 2013.
- ARAÚJO, M. M. *et al.* Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. e20190303, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0303.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde: tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2009.
- BALEEIRO, A. **1891**. 3. ed., Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. (Coleção Constituições Brasileiras).
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed., São Paulo: Edições 70, 2020.
- BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Tradução Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BERRA, J. A. P.; BACETTI, L. B.; BUZO, A. A. Soroprevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C em mulheres do Centro de Ressocialização Feminino, Rio Claro, São Paulo. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 65, n. 2, p. 133–136, 2006. DOI: 10.53393/rial.2006.v65.32886.
- BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-9788575412886.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil [1891]**.. Rio de Janeiro, 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Rio de Janeiro, [1940]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 8 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Poder Executivo, [1984]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Poder Legislativo, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Brasília: Ministério da Saúde, [2003]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html. Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil**. Brasília: CNJ, 2014a. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2014/06/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf. Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, [2014b]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 482, de 1º 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). Brasília: Ministério da Saúde, [2014c]. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html#:~:text=Institui%20normas%20para%20a%20operacionaliza%C3%A7%C3%A3o,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html#:~:text=Institui%20normas%20para%20a%20operacionaliza%C3%A7%C3%A3o,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).). Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Plenário. **Medida Cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 347 Distrito Federal**. Inteiro Teor do Acórdão. Relator: Min. Marco Aurélio, 9 de setembro de 2015. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10300665>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Infopen. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf. Acesso em: 28 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pre_exposicao_risco_infeccao_hiv.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 25 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **“Solidariedade global, responsabilidade compartilhada”**: 01/12 – Dia Mundial da Aids 2020. 2020a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/solidariedade-global-responsabilidade-compartilhada-01-12-dia-mundial-da-aids-2020/>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tutela provisória incidental na arguição de descumprimento de preceito fundamental 347 Distrito Federal**. Inteiro Teor do Acórdão. Relator: Min. Marco Aurélio, 17 de março de 2020. 2020b. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/adpf-347-marco-aurelio-stf-coronavirus.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Penais. SISDEPEN - Dados Estatísticos do Sistema Penitenciário. **População prisional por gênero**. Brasília, 2021a. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNWQ0ODM1OTQtMmQ2Ny00M2lyLTk4YmUtMTdhYzI4N2ExMWM3IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico de tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. (Número Especial). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-tuberculose-2021_24.03. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública: estratégias para 2021-2025**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Geopresídios. **Dados das inspeções nos estabelecimentos penais**. c2014. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRITO, B. R. S.; PIRES, C. A. A. Vigilância e cuidado em tuberculose: uma experiência de aspectos da doença no território de uma Equipe de Saúde da Família em Ananindeua, Pará. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 243–248, 2020. DOI: 10.18310/2446-4813.2020v6n2p243-248.

BUGLIONE, S. O dividir da execução penal: olhando mulheres, olhando diferenças. In: CARVALHO, S. (org.). **Crítica à execução penal: doutrina, jurisprudência e projetos legislativos**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2002. p. 123–144.

CAMINERO LUNA, J. A. **A tuberculosis guide for specialist physicians**. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2004. Disponível em: https://tbrieder.org/publications/books_english/specialists_en.pdf. Acesso em: 20 maio. 2020.

CAPONE, D. *et al.* Diagnóstico por imagem da tuberculose pulmonar. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 166–174, 2006.

CARBONE, A. S. S. *et al.* Estudo multicêntrico da prevalência de tuberculose e HIV na população carcerária do Estado do Mato Grosso do Sul. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 53–57, 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Protecting others: how can I protect my partners?** c2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/livingwithhiv/protecting-others.html>. Acesso em: 5 mar. 2022.

COLARES, L. B. C. **Sociação de mulheres na prisão disciplinaridades, rebeliões e subjetividades**. 2011. 301 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/142789>. Acesso em: 7 fev. 2021.

COLARES, L. B. C.; CHIES, L. A. B. Mulheres nas so(m)bras: invisibilidade, reciclagem e dominação viril em presídios masculinamente mistos. **Revista Estudos Feministas**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 407–423, 2010. DOI: 10.1590/S0104-026X2010000200007.

CONDE, M. B.; MUZY, G. R.; KRITSKI, A. L. **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

DOLAN, K. *et al.* Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. **Lancet**, London, v. 388, n. 10049, p. 1089–1102, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30466-4.

ESPINOZA MAVILA, O. **A mulher encarcerada em face do poder punitivo**. São Paulo: IBCCRIM, 2004.

FERRARI, I. F.; SIMÕES, V. F. N. Mulheres privadas de liberdade e seus filhos: o sistema de justiça criminal em perspectiva. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 421–437, 2019. DOI: 10.33208/PC1980-5438v0031n03A01.

GRMEK, M. O enigma do aparecimento da Aids. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 24, p. 229–239, 1995. DOI: 10.1590/S0103-40141995000200011.

HIJJAR, M. A. *et al.* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. suplemento 1, p. 50–57, 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102007000800008.

IGNEZ. **As técnicas projetivas como ferramenta complementar na pesquisa qualitativa**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Pesquisa de Mercado Aplicada em Comunicações) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://pospesquisa.eca.usp.br/monografias/LUCIANA%20IGNEZ.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17–44.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Implementation of the HIV prevention 2020 road map: first progree report**. Geneva: UNAIDS, 2018. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2927_hiv-prevention-2020-road-map-first-progress-report_en.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Communities at the centre**. Geneva: UNAIDS, 2019. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. UNAIDS. **Relatório informativo** - Dia mundial da Aids 2021. Estatísticas globais de HIV. Geneva, 2021. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2021_12_01_UNAIDS_2021_FactSheet_DadosTB_Traduzido.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.

JÜRGENS, R.; NOWAK, M.; DAY, M. HIV and incarceration: prisons and detention. **Journal of the International AIDS Society**, London, v. 14, p. 26, 2011. DOI: 10.1186/1758-2652-14-26.

LANDIN, L. V. B. S. **A impunidade e a seletividade dos crimes do colarinho branco**. 2015. 134 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/2716/1/LANKER%20VINICIUS%20BORRES%20SILVA%20LANDIN.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2021.

LEMGRUBER, J. **Cemitério dos vivos**: análise sociológica de uma prisão de mulheres. 2. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1999.

LUGLI, A. P. A. *et al.* Nasce a era do capital. **Caderno de Administração**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 3–8, 2007.

MAERRAWI, I. E. **Estudo dos fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatite B e C e sífilis e suas prevalências em população carcerária de São Paulo**. 2012. 190 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-18012013-120725/publico/IlhamEIMaerrawi.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

MARQUES, C. C. *et al.* Casos de tuberculose coinfectados por HIV em um estado do nordeste brasileiro. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 36, p. 62–76, 2019. DOI: 10.15517/revenf.v0i36.33583.

MASSABNI, A. C.; BONINI, E. H. Tuberculose: história e evolução dos tratamentos da doença. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, Araraquara, v. 22, n. 2, p. 6–34, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2019.v22i2.678>.

MCCORMACK, S. *et al.* Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. **Lancet**, London, v. 387, n. 10013, p. 53–60, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00056-2.

MELO, L. D. **Conhecimentos e comportamentos de universitários sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis**: estudo de método misto. 2022. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/18934/2/Tese-La%20Deleon%20de%20Melo-2022-Completa%20-%20corrigida.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

MELO, L. D. *et al.* Políticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e universidades promotoras da saúde: reflexão teórica à luz da Teoria Transcultural.

Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 64543, 2022. DOI: 10.12957/reuerj.2022.64543.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300007.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. ISSN: 2525-8222.

MIRABETE, J. F. **Código de processo penal interpretado**. São Paulo: Atlas, 1995.

MOREIRA, T. R. *et al.* Prevalência de tuberculose na população privada de liberdade: revisão sistemática e metanálise. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 43, p. e16, 2019. ISSN: 1020-4989, 1020-4989, 1680-5348. DOI: 10.26633/rpsp.2019.16.

MORERA, J. A. C. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Texto & Contexto - Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1157–1165, 2015. DOI: 10.1590/0104-0707201500003440014.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigação em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. (org.). **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 11. ed., Petrópolis: Vozes, 2017. p. 29–110.

NASCIMENTO, D. R. **As Pestes do século XX**: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. DOI: 10.7476/9786557081143.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (org.). **Metodologias de pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria para a prática. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 481–511.

PATTO, M. H. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 167–198, 1999. DOI: 10.1590/S0103-40141999000100017.

PELLISSARI, D. M. **Impacto do encarceramento na incidência da tuberculose**. 2019. 221 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6141/tde-11062019-140751/publico/DanieleMariaPelissari_ORIGINAL_DR1510.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

PINTO, E. R. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 135–153, 2014. DOI: 10.1590/S1516-14982014000100009.

QUEIROZ, C. M. *et al.* Triangulação de métodos na representação social: auto

punção de drogas em (ex)usuários soropositivos para HIV. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 4, n. 3, p. 1229–1247, 2014. DOI: 10.19175/recom.v0i0.435.

RABAHI, M. F. *et al.* Tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 472–486, 2017. DOI: 10.1590/S1806-37562016000000388.

RAGO, M. **Os prazeres da noite - prostituição e códigos da sexualidade feminina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

REIS, C. B.; BERNARDES, E. B. What happens behind bars: prevention strategies developed in civilian police stations against HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3331–3338, 2011. DOI: 10.1590/s1413-81232011000800032.

SÁ, C. P. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015.

SÁNCHEZ, A.; LAROUZÉ, B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 21, n. 7, p. 2071–2080, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015217.08182016.

SANTOS, B. S. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, N. J. S. *et al.* A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 286–310, 2002. DOI: 10.1590/S1415-790X2002000300007.

SILVA, A. M. C. Do império à república considerações sobre a aplicação da pena de prisão na sociedade brasileira. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 0–15, 2012.

SILVA, B. N. *et al.* Fatores predisponentes de tuberculose em indivíduos privados de liberdade: revisão integrativa. **Archives of Health Sciences**, São José do Rio Preto, v. 26, n. 1, p. 67–71, 2019. DOI: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1051.

SILVA, E. A. *et al.* Tuberculose na população em situação de rua: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Estação Científica**, Juiz de Fora, n. 4, p. 1–14, 2020.

SILVA, S. E. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 64, n. 5, p. 947–951, 2011. DOI: 10.1590/S0034-71672011000500022.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 21, n. 7, p. 1999–2010, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015217.24102015.

SOARES, P. P. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 127–134, 1994. DOI: 10.1590/S0104-59701994000100012.

SOUSA, K. A. A. *et al.* Factors associated with HIV prevalence in a prison population. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03274, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016040903274>.

STOP TB PARTNERSHIP. **Improving tuberculosis case detection**: a compendium of TB REACH case studies, lessons learned and a monitoring and evaluation framework. Geneva: Stop TB Partnership, 2014. Disponível em: https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/TB_Case_Studies.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

TAKAHASHI, R. F. O trabalho do enfermeiro no controle das doenças transmissíveis: o real e o necessário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2000, Olinda. **Resumos [...]**. Olinda: ABEn-RE, 2000. p. 430.

UNITED NATIONS. Human Rights. **Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment**. 1988. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/body-principles-protection-all-persons-under-any-form-detention>. Acesso em: 10 jun. 2022.

UNITED STATES OF AMERICA. U.S. Department of Health & Human Services. AIDS.GOV. **A timeline of AIDS**. [20--]. Disponível em: <http://web.archive.org/web/20130403053859/http://Aids.gov/hiv-Aids-basics/hiv-Aids-101/Aids-timeline/>. Acesso em: 11 out. 2020.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L.; HOSSNE, W. S. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 282–290, 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018262249.

VERONESI, R. **Tratado de infectologia**. 8. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

WACQUANT, L. **As duas faces do gueto**. São Paulo: Boitempo, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2017**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>. Acesso em: 27 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2018**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://reliefweb.int/report/world/global-tuberculosis-report-2018?gclid=CjwKCAjwrpOiBhBVEiwA_473dl1ClmkPBM9d8dmVxqhSzTduVWGBKvtjN-KBkEf_Len8iW6iJITOKRoC8z4QAvD_BwE. Acesso em: 10 jun. 2019.

WORLD PRISON BRIEF. Brazil. **Female prison population**: trend. [2021?]. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/country/brazil>. Acesso em: 16 mar. 2022.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Avaliação do processo saúde-adoecimento-cuidado relacionado a doenças infectocontagiosas no Sistema Prisional do Município Juiz de Fora/MG”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é tornar mais efetiva a busca, a identificação rápida e o tratamento adequado dos casos existentes de pessoas com Tuberculose, HIV/Aids, Hepatites B e C e a Sífilis e/ou suas infecções relacionadas dentro do Sistema Prisional do município de Juiz de Fora/MG. Nesta pesquisa pretendemos analisar o processo de saúde, doença e cuidado relacionado às doenças infecciosas e transmissíveis entre a população privada de liberdade e trabalhadores que atuam no Sistema Prisional do Município de Juiz de Fora/Minas Gerais. Caso você concorde em participar, a pesquisa terá as seguintes etapas: 1ª etapa (tempo de duração em torno de 30 min.): você passará por uma consulta individual para coletaremos seus dados de perfil e faremos uma avaliação da sua condição de saúde através de um roteiro de perguntas e quando indicado, caso aceite, coletaremos exames rápidos para detecção de doenças como HIV/Aids, Sífilis e Hepatites B e C a partir da coleta de uma gota de sangue da ponta do seu dedo. Os resultados serão tratados com sigilo e privacidade; Caso detectemos em você algum sintoma respiratório como tosse, e você relate que não fez tratamento de Tuberculose ou terminou o tratamento com alta por cura, será ofertado a você o exame para o diagnóstico da doença, através da coleta de uma amostra de seu escarro (catarro) (está etapa levará em torno de 10 minutos); Ou caso detectemos em você algum sintoma respiratório como tosse ou não e você nos relate abandono de tratamento de Tuberculose, você será convidado a realizar a coleta de duas amostras de escarros, em dias consecutivos, para diagnóstico de Tuberculose (está etapa levará em torno de 10 minutos), conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018); Se seu resultado for positivo para Tuberculose ou HIV/Aids ou Hepatites B e C ou Sífilis, você será orientado/aconselhado e encaminhado para a equipe de Saúde do Sistema Prisional ou serviços de referência na rede do município para acompanhamento e tratamento, caso seja necessário (esta etapa ocorrerá mediante a demanda do serviço); Caso você seja considerado um contato (alguém próximo) de algum portador de Tuberculose, com possibilidades de desenvolver a doença, você também será encaminhado à equipe de Saúde do Sistema Prisional, para acompanhamento e tratamento, caso seja necessário (esta etapa ocorrerá mediante a demanda do serviço); Em uma 2ª etapa: serão realizadas entrevistas com você por meio de um roteiro direcionado contendo questões sobre o que representa para você as doenças infecciosas e transmissíveis (Tuberculose, HIV/Aids, Hepatites B e C e Sífilis) além de questões sobre suas condições de saúde e cuidado (está etapa levará em torno de 20 a 40 minutos). As entrevistas serão gravadas e transcritas, após sua autorização neste documento. Você receberá esclarecimentos sobre todas as suas dúvidas relacionadas às ações de prevenção e tratamento das doenças (Tuberculose, HIV/Aids, Hepatites B e C e Sífilis) pela equipe da pesquisa. Esta etapa ocorrerá mediante as dúvidas que forem surgindo ao longo da pesquisa. Esta pesquisa tem alguns riscos mínimos a você, que são: 1) a possibilidade de cansaço, constrangimento ou desconforto em participar da avaliação clínica e/ou responder ao roteiro individual. Para minimizar, será ofertado a você local privado e você será informado sobre o sigilo e preservação dos seus dados. Será assegurado ainda que este momento ocorra no menor tempo possível, evitando interrupções desnecessárias. E você será informado o tempo de cada etapa para minimizar ansiedade e estresse, e se desejar poderão ser feitas paradas ao longo da consulta e roteiro para descanso. 2) Você pode sentir medo e desconforto em submeter-se aos exames e poderá ocorrer algum sangramento ou dor local durante a realização dos testes rápidos para o diagnóstico das doenças infecciosas e transmissíveis. Para minimizar será explicado como serão feitos os exames e quais materiais serão utilizados. Os testes serão realizados seguindo toda a técnica correta preconizada e será ofertado algodão para estancar o sangramento e se necessário gelo para minimizar a dor e o desconforto. Você será informado ainda que tais eventos dor e sangramento tendem a parar em alguns minutos. 3) Você pode sentir-se constrangido e com alterações na autoestima mediante o resultado dos testes rápidos e coleta do escarro. Para minimizar o constrangimento com o resultado dos testes será ofertado a você local privado e lhe será informado e assegurado a confidencialidade e sigilo das informações dos testes rápidos e exame de escarro (BAAR- Tuberculose) e lhe será informado que este será encaminhado para confirmação diagnóstico e terá garantia de tratamento, se necessário. Em

todas as etapas os pesquisadores agirão com ética profissional e ressalta-se que você deverá sentir-se confortável para a permanência no estudo e que pode se recusar a participar em qualquer momento ou etapa da pesquisa. A pesquisa poderá ajudar na identificação de necessidades e planejamento de futuras ações de intervenção em saúde. Você ao participar do estudo poderá ter acesso de forma gratuita ao resultado dos testes rápidos e do exame de escarro (BAAR -Tuberculose), sendo encaminhado ao acompanhamento e tratamento, se necessário. De modo geral, os benefícios serão também a oferta de ações mais efetivas para o controle, a descoberta e tratamento das doenças infecciosas e transmissíveis por meio de protocolos, capacitações e busca rápida. Possibilitando condutas para uma melhora na sua condição de saúde e cuidado. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Nome do Pesquisador Responsável: Girlene Alves da Silva
Campus Universitário da UFJF Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de
Enfermagem/Departamento de Enfermagem Aplicada.
CEP: 36036-900 Fone: (32) 99103-4781
E-mail: girleneas@terra.com.br ou girlas@terra.com.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

23.2 () Sim. Quem? _____ Qual doença? _____

23.3 () Não informado

24. Se a resposta anterior foi “sim”, você sabe informar se esta pessoa está tratando?

24.1 () Não 24.2 () Sim 24.3 () Não soube responder 24.4 () Não informado

25. Lembra há quanto tempo foi vacinado?

25.1 () Não 25.2 () Sim. Quais vacinas? _____

25.3 () Não soube responder

26. Possui cicatriz vacinal (da vacina BCG) no braço direito?

26.1 () Não 26.2 () Sim 26.3 () Não observado

27. Já recebeu transfusão de sangue?

27.1 () Não 27.2 () Uma vez

27.3 () Mais de uma vez 27.4 () Não soube informar

28. Em relação ao cigarro, você faz uso?

28.1 () Não 28.2 () Ex-fumante/ há quanto tempo fez uso? _____

28.3 () Sim. Há quanto tempo? _____ Quantos cigarros por dia? _____

28.4 () Não informado

29. Em relação a outras drogas, você faz uso?

29.1 () Não

29.2 () Já fiz uso. Tempo: _____ Qual(is)? () Álcool
() Tabaco
() Maconha
() Cocaína
() Crack
() Outras _____

29.3 () Sim. Tempo: _____ Qual(is)? () Álcool
() Tabaco
() Maconha
() Cocaína
() Crack
() Outras _____

29.4 () Não informado

30. Se a resposta anterior foi “sim” ou “já fiz uso”, você já compartilhou seringa?

- 30.1 () Não 30.2 () Uma vez 30.3 () Raramente
 30.4 () Às vezes 30.5 () Frequentemente 30.6 () Não informado

31. Você possui tatuagem?

- 31.1 () Não 31.2 () Sim 31.3 () Não informado

32. Você usa piercing?

- 32.1 () Não 32.2 () Sim 32.3 () Não informado

33. Você recebe visita íntima?

- 33.1 () Não 33.2 () Sim 33.3 () Não informado

34. Você faz uso de preservativos nas relações sexuais?

- 34.1 () Não 34.2 () Raramente 34.3 () Às vezes
 34.4 () Frequentemente 34.5 () Não informado

35. Você teve alguma relação desprotegida (de risco) nos últimos 12 meses?

- 35.1 () Não 35.2 () Sim 35.3 () Não soube informar

36. Já teve algum contato com alguém com tuberculose?

- 36.1 () Não 35.2 () Sim Quando? _____ Onde? _____
 36.3 () Não soube informar

37. No momento apresenta algum sinal ou sintoma abaixo?

- 37.1 () Tosse por menos de duas semana
 37.2 () Tosse por mais de duas semanas
 37.3 () Tosse não especificada
 37.4 () Dores nas articulações
 37.5 () Lesões na região genital
 37.6 () Icterícia (coloração amarelada na pele e olhos)
 37.7 () Inchaço/dor abdominal
 37.8 () Perda de apetite
 37.9 () Emagrecimento
 37.10 () Manchas ou escamações pelo corpo
 37.11 () Lesões ou sangramentos na cavidade oral
 37.12 () Outro(s) _____

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados**Instrumento de coleta de dados para PPL do município de Juiz de Fora/MG.**

Autoras: Silva, G.A.; Chagas, D.N.P.; Nascimento, L. ; Silva, E.A., 2018

Teste de associação livre de palavras

Participante: _____ Código: _____

Data: _____

Escolha, até cinco palavras que lhe vêm à mente, enumerando-as em ordem de importância (1; 2; 3; 4; 5), quando eu falo a expressão “**Saúde**”.

 Bem-estar Moradia Felicidade Direito Disposição Trabalho Equilíbrio Educação Liberdade Saneamento Básico Ausência de doença Lazer

Escolha, até cinco palavras que lhe vêm à mente, enumerando-as em ordem de importância (1; 2; 3; 4; 5), quando eu falo a expressão “**Cuidado**”.

Proteção

Zelo

Prevenção

Afeto

Respeito

Direito

Família

Humanização

Atenção

Ressocialização

Apoio

Acesso ao profissional

Escolha, até cinco palavras que lhe vêm à mente, enumerando-as em ordem de importância (1; 2; 3; 4; 5), quando eu falo as expressões “**HIV/Aids**”.

 Medo preservativo Tratamento Drogas Cura Morte Vergonha Falta de cuidado Grupo de risco Preconceito Não penso Sintomas

Escolha, até cinco palavras que lhe vêm à mente, enumerando-as em ordem de importância (1; 2; 3; 4; 5), quando eu falo as expressões “**TUBERCULOSE**”.

Contagiosa

Ventilação

Tratamento

Pobreza

Tosse

Preconceito

Grupo de risco

Morte

Sintomas

Cura

Não penso

Medo

APÊNDICE D – Roteiro semiestruturado

Instrumento de coleta de dados para PPL do município de Juiz de Fora/MG.

Autoras: Silva, G.A.; Chagas, D.N.P.; Nascimento, L. ; Silva, E.A., 2018

I. Identificação

Data da entrevista: _____ / /

Entrevista nº: _____

Nome: _____

Pseudônimo: _____

Data de nascimento: _____ / /

Sexo: () Masculino

() Feminino

Profissão: _____

Unidade penal: () Centro de Remanejamento do Sistema Prisional de Juiz de Fora

() Penitenciária José Edson Cavaliere

() Penitenciária Professor Ariosvaldo Campos Pires

Tempo total da pena: _____ Tempo de permanência: _____

Tipo de regime: _____

II. Roteiro para entrevista

1. Fale-me sobre o que é estar aqui.
2. O que é saúde para você?
3. Você se sente cuidado?
4. Fale-me o que você sabe sobre as doenças infectocontagiosas? (Tuberculose e HIV/Aids).
5. Em seu dia a dia, você toma alguma que evita ter as doenças infectocontagiosas (Tuberculose e HIV/Aids).
6. O que você pensa sobre a situação de saúde do município, Estado e País.
7. Gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do processo saúde-adoecimento-cuidado relacionado a doenças infectocontagiosas no Sistema Prisional do Município Juiz de Fora/MG.

Pesquisador: Girlene Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20635219.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.784.839

Apresentação do Projeto:

O(s) pesquisador(es) apresenta(m) titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa. Apresenta(m) comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes. O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico.

O objeto de estudo está bem delineado, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros, bem delineados e compatíveis com a proposta. A metodologia está adequada aos objetivos pretendidos, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, o pesquisador apresenta estratégias para minimizá-los e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@uffj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.784.839

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia atende ao(s) objetivo(s) proposto(s) e informa:

- tipo de estudo;
- procedimentos que serão utilizados
- número de participantes
- justificativa de participação em grupos vulneráveis
- critérios de inclusão e exclusão
- forma de recrutamento
- modo de coleta de dados
- tipo de análise
- cuidados éticos

As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização

O cronograma mostra

- o agendamento das diversas etapas da pesquisa
- Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê

O orçamento

- Mostra a relação detalhada dos custos da pesquisa
- apresenta o responsável pelo financiamento

O instrumento de coleta de dados é pertinente aos objetivos delineados e preserva o participante do constrangimento

O TCLE

- Está em linguagem adequada, clara para compreensão do participante
- Apresenta justificativa e objetivos
- Descreve suficientemente os procedimentos
- Apresenta campo para a identificação dos participantes
- Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao participante
- Assegura liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades
- Garante sigilo e anonimato
- Explícita

o riscos e desconfortos esperados

o Ressarcimento de despesas

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 3.784.839

- o Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
- o Forma de contato com o pesquisador
- o Forma de contato com o CEP
- o O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos
- o Como será o descarte de material biológico coletado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto apresentada e assinada
- Declaração de infra-estrutura e de concordância apresentada e assinada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: setembro de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1430035.pdf	08/11/2019 16:33:44		Aceito
Outros	Pendencias_alteracoes_realizadas.pdf	08/11/2019 16:25:38	Lilian do Nascimento	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3673952.pdf	08/11/2019 16:23:47	Lilian do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Trabalhadores_Sistema_Prisional.pdf	08/11/2019 16:22:50	Lilian do Nascimento	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.784.839

Ausência	TCLE_Trabalhadores_Sistema_Prisional.pdf	08/11/2019 16:22:50	Lilian do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PPL.pdf	08/11/2019 16:20:24	Lilian do Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	08/11/2019 16:19:10	Lilian do Nascimento	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/11/2019 16:16:30	Lilian do Nascimento	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/11/2019 16:14:48	Lilian do Nascimento	Aceito
Outros	Declaracao_de_sigilo.pdf	11/09/2019 19:23:51	Lilian do Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_PJ F.pdf	11/09/2019 19:09:50	Lilian do Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao_Estado.pdf	11/09/2019 19:07:41	Lilian do Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/09/2019 18:59:52	Lilian do Nascimento	Aceito
Outros	ApendiceD_InstrumentoProfissionais.pdf	07/09/2019 15:26:40	DENICY DE NAZARÉ PEREIRA	Aceito
Outros	ApendiceC_InstrumentoPPL.pdf	07/09/2019 15:25:57	DENICY DE NAZARÉ PEREIRA	Aceito
Outros	ApendiceB_InstrumentoProfissionais.pdf	07/09/2019 15:24:43	DENICY DE NAZARÉ PEREIRA	Aceito
Outros	ApendiceA_InstrumentoPPL.pdf	07/09/2019 15:23:51	DENICY DE NAZARÉ PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 19 de Dezembro de 2019

Assinado por:
J ubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br