



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ERIZA DE OLIVEIRA PARENTE**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A HANSENÍASE ENTRE  
MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL**

**FORTALEZA  
2021**

**ERIZA DE OLIVEIRA PARENTE**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A HANSENÍASE ENTRE  
MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL**

Tese apresentada ao curso de doutorado em Saúde Pública do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como requisito obrigatório para a obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

Coorientador: Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior

**FORTALEZA  
2021**



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- P252p Parente, Briza de Oliveira.  
Prevalência e fatores associados à hanseníase entre mulheres privadas de liberdade no Brasil / Briza de Oliveira Parente. – 2021.  
46 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2021.  
Orientação: Profa. Dra. Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr.  
Coorientação: Prof. Dr. Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior.
1. Hanseníase. 2. Prisão. 3. Mulheres. I. Título.

CDD 610

---

ERIZA DE OLIVEIRA PARENTE

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A HANSENÍASE ENTRE  
MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL

Tese apresentada ao curso de doutorado em Saúde Pública do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como requisito obrigatório para a obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 21 / 12 / 2021

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Dr<sup>a</sup>. Maria Araci de Andrade Pontes  
Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Bernard Carl Kendall  
Tulane University (USA)

---

Dr. Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior (Coorientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por me guiar, iluminar meu caminho e me dar forças para seguir em frente com meus objetivos;

Aos meus pais, que muitas vezes se doaram e renunciaram os seus sonhos, para que eu pudesse realizar os meus. Tudo que eu consegui até aqui, só foi possível graças ao apoio e amor que sempre tive de vocês. Um agradecimento especial a minha mãe, por me mostrar o quanto era importante estudar, mesmo não tendo tido a minha mesma oportunidade;

Agradeço à professora Ligia Kerr, a oportunidade de tê-la como minha orientadora do doutorado. Todos que trabalham com a senhora admiram a sua dedicação e o seu amor pela pesquisa. Obrigada pela paciência e compreensão durante essa longa jornada;

Ao meu coorientador Marto Leal, pela importantíssima ajuda e disponibilidade. Que eu possa contar sempre com o privilégio de sua amizade;

Ao meu amigo de turma, Ricardo Gonzalez, pela palavra amiga e incentivo a seguir em frente;

Aos professores do Departamento de Saúde Comunitária e a todos os professores que se fizeram presente nesta caminhada, em especial ao professor Alberto Novais e Roberto da Justa, pelos conhecimentos compartilhados na qualificação e a professora Rosa Salani, por dedicar o seu tempo na construção desse trabalho e contribuir com os seus conhecimentos estatísticos;

Aos funcionários do departamento, Dominik e Hemison, pela colaboração e disponibilidade constante;

Aos meus colegas, corujões, companheiros de trabalho, por estarem sempre disponíveis para ajudar. É muito bom trabalhar com vocês;

A minha filha, a pequenina Maria, a quem privei em muitos momentos de minha atenção e cuidado. Para você, minha nenê, um grande beijo da mamãe. Te amo;

Ao meu companheiro, Edim, pelo incentivo, paciência e amor demonstrado nos meus momentos menos bons;

E para finalizar, um agradecimento especial às mulheres prisioneiras participantes deste estudo.

## RESUMO

A população carcerária é considerada um grupo fundamental para o controle da hanseníase, uma vez que as prisões são locais que apresentam condições ambientais e sociais que favorecem a transmissão e o adoecimento. Este estudo objetivou estimar a prevalência de hanseníase em presidiárias brasileiras e identificar fatores associados à doença. Métodos: Este estudo transversal explorou a prevalência e os fatores associados à hanseníase entre presidiárias brasileiras e foi realizado entre 2014 e 2015 em 15 presídios femininos brasileiros. Os dados de 1327 mulheres foram coletados por meio de Auto-Entrevista Assistida por Computador e exame dermatológico e neurológico para identificar lesões suspeitas de hanseníase. Resultados: A média de idade foi de 33,4 anos. A suspeita de hanseníase foi identificada em 5,1% das mulheres na prisão, e a prevalência autorreferida ao longo da vida foi de 7,5%. As variáveis que se associaram à hanseníase autorreferida ao longo da vida foram: mulheres presas uma vez com duas vezes mais chances de ter hanseníase (IC95%: 1,2 - 3,5); mulheres brancas tinham 1,4 vezes mais chance de ter hanseníase do que mulheres não brancas (IC 95%: 1,1 - 1,8); mulheres que conheciam alguém com hanseníase tinham 1,9 vezes mais chance de ter hanseníase (IC95%: 1,1 - 3,3); e mulheres que compartilhavam uma cela com 11 ou mais mulheres tinham 2,5 vezes mais chance de ter hanseníase do que mulheres que compartilhavam uma cela com duas ou menos pessoas (IC 95%: 1,1 - 5,9). Conclusões: A autorrelato de hanseníase ao longo da vida entre presidiárias no Brasil foi mais de 100 vezes maior do que a encontrada em uma coorte brasileira da população geral. Esses valores mostram a extrema vulnerabilidade dessa população gerada pela pobreza pré-reclusão, bem como potencial de transmissão na prisão.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Prisões; Prisioneiros; Mulheres; Brasil.

## ABSTRACT

The prison population is considered a fundamental group for the control of leprosy, since prisons are places that present environmental and social conditions that favor transmission and illness. This study aimed to estimate the prevalence of leprosy in Brazilian female prisoners and to identify factors associated with the disease. **Methods:** This cross-sectional study explored the prevalence and factors associated with leprosy among Brazilian female prisoners and was carried out between 2014 and 2015 in 15 Brazilian female prisons. Data from 1327 women were collected through Computer-Assisted Self-Interview and dermatological and neurological examination to identify suspected leprosy. **Results:** The mean age was 33.4 years. Suspicion of leprosy was identified in 5.1% of women in prison, and the lifetime self-reported prevalence was 7.5%. The variables associated with self-reported leprosy throughout life were: women imprisoned once, twice as likely to have leprosy (95%CI: 1.2 - 3.5); white women were 1.4 times more likely to have leprosy than non-white women (95% CI: 1.1 - 1.8); women who knew someone with leprosy were 1.9 times more likely to have leprosy (95%CI: 1.1 - 3.3); and women who shared a cell with 11 or more women were 2.5 times more likely to have leprosy than women who shared a cell with two or fewer people (95% CI: 1.1 - 5.9). **Conclusions:** A lifetime self-report of leprosy among female inmates in Brazil was more than 100 times higher than that found in a Brazilian cohort of the general population. These values show the extreme vulnerability of this population generated by pre-incarceration poverty, as well as the potential for transmission in prison.

**Keywords:** Leprosy; Prisons; Prisoners; Women; Brazil.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	7
1.1 População prisional.....	7
1.2 Mulher brasileira em situação prisional.....	8
1.3 Políticas de saúde e ações governamentais voltadas à população do sistema prisional .	11
1.4 Problemas relacionados à saúde no sistema prisional .....	17
1.5 Hanseníase na população prisional.....	18
1.6 Relevância e Justificativa.....	21
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo geral.....	22
2.2. Objetivos específicos .....	22
3 MÉTODOS.....	23
3.1 Tipo de estudo .....	23
3.2 População e amostra .....	23
3.3 Coleta de dados .....	25
3.3.1 Questionário .....	26
3.3.2 Exame físico.....	26
3.4 Variáveis .....	27
3.5 Análise Estatística .....	28
3.6 Aspectos Éticos .....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
REFERENCIAS .....	41

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 População prisional

O sistema prisional é considerado um problema de saúde pública em potencial no mundo todo (BUTLER et al, 1997). De acordo com a 12ª edição da *World Prison Population List*, estudo produzido pelo *Institute for Criminal Policy Research*, estima-se que o número de pessoas encarceradas em todo planeta ultrapasse 11 milhões (WALMSLEY, 2018)

No cenário internacional, se considerarmos um ranking dos países que mais encarceram no mundo, os Estados Unidos ocupa o primeiro lugar com cerca de 2,1 milhões de presos, seguido pela China com aproximadamente 1,65 milhão. O terceiro lugar é preenchido pelo Brasil, com uma população por volta de 730 mil presos, e ocupando a quarta colocação está a Rússia, registrando uma marca de 583 mil (WALMSLEY, 2018).

Em 2016, a população prisional brasileira ultrapassou, pela primeira vez na história, a marca de 700 mil pessoas privadas de liberdade, o que representa um aumento de 707% em relação ao total registrado no início da década de 1990 (INFOPEN, 2017).

Segundo os últimos dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN, 2017), relativos à junho de 2016, a população carcerária brasileira era de 726.712 presos, sendo que 437 integravam o sistema penitenciário federal.

Em relação ao número de vagas, observamos um déficit total de 358 mil vagas e uma taxa de ocupação média de 197,4% em todo o país, cenário também agravado em relação aos últimos dados disponíveis (INFOPEN, 2017).

Pode-se observar que a situação carcerária é um dos problemas de maior complexidade da realidade social brasileira. São evidentes a superlotação carcerária e o déficit de vagas, fatos que contribuem para o diagnóstico de um sistema prisional inchado, violador de direitos e fracassado quanto ao cumprimento de seus objetivos formais, de garantias processuais e de princípios constitucionais ligados à dignidade humana (ASSIS, 2008).

Outro fenômeno observado nas últimas décadas é o aumento da população carcerária feminina. É o que afirma um relatório divulgado pelo *Institute for Criminal Policy Research*. Nele, aproximadamente 715 mil mulheres vivem em unidades prisionais em todo o mundo, o que representa cerca de 7% do total de presos. Houve um aumento de 53% no número de mulheres presas nas últimas três décadas, em comparação com 19% de homem. A população feminina brasileira em prisões é a quarta maior do mundo (WALMSLEY, 2018).

Em 2016, a população penitenciária feminina no Brasil atingiu aproximadamente 42 mil mulheres privadas de liberdade, representando um crescimento de 656%, entre os anos de 2000 e 2016, com uma taxa de 21,7 por 100 mil habitantes (INFOPEN, 2017).

O relatório traz também um perfil das mulheres presidiárias revelando que a maioria das mulheres é jovem, tem filhos, é responsável pela provisão do sustento familiar, possui baixa escolaridade, é oriunda de extratos sociais desfavorecidos economicamente e exercia atividades de trabalho informal em período anterior ao aprisionamento. Em torno de 68% dessas mulheres possuem vinculação penal por envolvimento com o tráfico de drogas não relacionado às maiores redes de organizações criminosas. A maioria dessas mulheres ocupa uma posição coadjuvante no crime, realizando serviços de transporte de drogas e pequeno comércio; muitas são usuárias, sendo poucas as que exercem atividades de gerência do tráfico (INFOPEN, 2017).

## **1.2 Mulher brasileira em situação prisional**

A situação carcerária Brasileira é precária para homens e mulheres. No entanto, as mulheres presas estão em maior vulnerabilidade, pois o sistema prisional não foi construído considerando as especificidades de gênero (BRASIL, 2008). O sistema penal no mundo e no Brasil foi criado por homens e para homens (CERNEKA, 2009).

Inicialmente, o Estado não assumiu a questão das mulheres privadas de liberdade e não foram elaborados presídios exclusivamente femininos. Logo, quando as mulheres começaram a ocupar as instituições prisionais, elas foram destinadas aos cárceres concebidos especialmente para homens, o que gerava complicações aos administradores prisionais, bem como uma série de problemas para as mulheres (AGUIRRE).

Os estabelecimentos penais, as estruturas internas desses espaços e as normas de convivência no cárcere quase nunca estão adaptadas às necessidades da mulher, já que foram desenhadas sob a perspectiva masculina. O atendimento médico, por exemplo, não é específico. Se já faltam médicos, o que dirá ginecologistas, como a saúde da mulher requer. Apenas 34% dos estabelecimentos femininos dispõem de cela ou dormitório adequado para gestantes. Nos estabelecimentos mistos, somente 6% das unidades dispõem de espaço específico para a custódia de gestantes. Quanto à existência de berçário ou centro de referência materno infantil, 32% das unidades femininas contam com o espaço, enquanto apenas 3% das unidades mistas possuem essa estrutura. Somente 5% das unidades femininas

dispõem de creche, não sendo registrada nenhuma creche instalada em unidades mistas (JUSTIÇA, 2016).

A primeira penitenciária feminina no Brasil foi inaugurada no Rio de Janeiro em 1942, aproximadamente um século depois do surgimento da primeira prisão masculina, sendo criada para garantir a paz e a tranquilidade desejada nas prisões masculinas, até então compartilhadas por homens e por mulheres (JESUS; LERMEN, 2013). Segundo Soares e Ilgenfritz (SOARES, 2002) esta instituição estava situada longe do presídio masculino e sob administração interna e pedagógica de freiras, responsáveis pela educação, disciplina, higiene e trabalho das internas.

No sistema prisional brasileiro está presente o reforço aos estereótipos de gênero, pois as primeiras instituições penais femininas estavam vinculadas a ordens religiosas como espaços de purificação das mulheres criminosas. Ao longo das décadas, as mulheres foram adquirindo direitos no sistema prisional, contudo ainda são discrepantes as condições de encarceramento feminino e masculino no Brasil (JESUS; LERMEN, 2013). Se na vida fora das grades as mulheres sofrem com as relações de gênero vigentes em nossa sociedade, que são desiguais e discriminatórias em variados aspectos, quando estão em condições de encarceramento essas questões são ainda mais agravadas (SIMÕES, 2014).

Portanto, se faz indispensável a elaboração de políticas públicas voltadas para essa parcela da população, pois realizando uma regressão histórica, observamos que a situação das mulheres privadas de liberdade não apareceu como prioridade no plano das políticas públicas do país e que até a década de 1970, a atenção à saúde da mulher apresentava um caráter reducionista e ancorado no modelo de “mulher-mãe”, tendo seu enfoque restrito à gravidez e ao parto (BRASIL, 2008).

Somente, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), passando a definir que as estratégias em saúde fossem direcionadas ao atendimento integral de necessidades dos grupos populacionais, tido como vulneráveis, com sistematização das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MEDEIROS et al., 2010).

No ano de 2004 foi elaborada pelo MS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), destinada ao atendimento das mulheres em seus variados ciclos vitais e culturas, com enfoque nas questões de gênero. Prezando pela promoção da integralidade na saúde, coloca a mulher no centro da discussão, enfatizando seus direitos sexuais e reprodutivos, seu papel de sujeito no planejamento familiar, atenção às condições

inseguras de saúde às quais está sujeita, como, por exemplo, o abortamento inseguro e violência doméstica (BRASIL, 2004).

Nos princípios e diretrizes da PNAISM está elucidada a assistência à saúde da mulher em situação prisional (BRASIL, 2008). Contudo, a saúde da mulher no sistema prisional continuou sendo pouco abordada nas práticas de saúde, percebendo-se então, que as políticas de saúde voltadas à mulher não conseguiram estabelecer uma atenção direcionada a essa população marginalizada (SILVA, 2013).

Frente a essa problemática, para garantir o atendimento de saúde da população carcerária, os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial no 1.777, de nove de setembro de 2003. Esse plano tem o objetivo de prover a atenção integral à saúde da população carcerária brasileira. Em relação a mulher, o PNSSP tem como metas a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério e no controle dos cânceres cérvico-uterino e de mama (BRASIL, 2005). É fato que muitos avanços foram conquistados na saúde, a partir do PNSSP, contudo, as mulheres ainda carecem de maior atenção em saúde no sistema prisional, pois as prisões não são espaços que considerem as especificidades de gênero.

A resposta brasileira mais representativa foi a aprovação, em 2014, da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Esta política amplia o olhar sobre a população carcerária feminina, pois inclui, dentre outras ações, a prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres. Em particular, incorpora os desafios da integralidade da política criminal e penitenciária com as diversas políticas sociais de proteção à mulher e aos seus filhos, agregando, assim, um conjunto de ações dos diversos órgãos em prol da melhoria do encarceramento feminino, bem como o processo de reformulação do sistema penal feminino (BRASIL, 2014C).

O enfoque de gênero é presente nos princípios e nas diretrizes desta política e busca garantir uma execução penal menos estigmatizante e violadora de direitos, ao ser direcionada às necessidades e realidades específicas das mulheres presas (BRASIL, 2014C).

A população prisional feminina, nos seus variados ciclos vitais, necessita de uma atenção de saúde voltada para suas necessidades específicas, devido as suas condições de vida e ambiente. Muitas mulheres que hoje se encontram encarceradas já vivenciaram prostituição, violências dos mais variados tipos, o câncer de mama, o câncer de colo de útero e o uso abusivo de drogas e carregam consigo repercussões físicas e psicológicas de uma vida exposta a diversos fatores de risco. Isso é facilmente identificado pela alta prevalência de DST/Aids,

transtornos mentais, doenças infecciosas e traumas (MWEENE; SIZIYA, 2016; DOMINGUES et al., 2017; WANG et al., 2017; ZAMUDIO et al., 2017).

Assim, as estratégias em saúde utilizadas para a população carcerária feminina devem contemplar serviços voltados ao controle do câncer do colo uterino e de mama, ao diagnóstico, aconselhamento e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), à violência contra a mulher, a atenção no período da idade reprodutiva e climatério, à contracepção, ao exercício da maternidade assistida, dentre tantas outras, resguardando o direito à saúde integral da mulher apenas dentro das unidades prisionais (BRASIL, 2008).

Porém, em muitos estabelecimentos, ainda não há todos os recursos de saúde necessários para a atenção integral das presas (NICOLAU et al., 2012). Justifica-se, portanto um olhar mais atento com as mulheres privadas de liberdade, e a ampliação de ações que visem garantir melhores condições de vida dentro e fora das prisões, com estratégias de atenção saúde integral feminina, maior inserção no mercado de trabalho, promoção de atividades educacionais, consolidação de ações da assistência social e maior envolvimento de movimentos sociais nos presídios femininos (JESUS; LERMEN, 2013).

Pesquisar o universo carcerário feminino é uma tarefa que vai além da quantificação do número de mulheres que estão presas. Faz-se necessária uma reflexão dos gestores sobre o que dizem os números, como também, a realização da escuta qualificada dos profissionais de saúde e da segurança, dos familiares, das mulheres em situação de prisão, ou seja, de todos os atores que compõem o cotidiano das instituições prisionais (JESUS; LERMEN, 2013).

O crescimento nacional da população carcerária feminina e a inexistência de políticas públicas efetivas apontam para relevância de investigar esse universo e tem suscitado questionamentos de gestores, educadores e profissionais sobre as ações de saúde prestadas dentro do sistema penitenciário feminino.

### **1.3 Políticas de saúde e ações governamentais voltadas à população do sistema prisional**

As garantias legais previstas durante a execução da pena, assim como os direitos humanos do preso, estão previstos em diversos estatutos legais. Em nível mundial existem várias convenções, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e a Resolução da ONU que prevê as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso. Em nível nacional, nossa Carta Magna reservou 32 incisos do art. 5º, que trata das garantias fundamentais do cidadão à proteção das garantias do homem preso (ASSIS, 2008).

Existem ainda em legislação específica – a Lei de Execução Penal – os incisos de I a XV do art. 41, que dispõem sobre os direitos infraconstitucionais garantidos ao sentenciado no decorrer da execução penal (BRASIL, 1984)

Nesse contexto, a Lei de Execução Penal brasileira, no título II, capítulo II, art. 14, dispõe que a atenção à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, deve compreender atendimento médico, farmacêutico e odontológico; e quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover tal assistência, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção da instituição (BRASIL, 1984)

As ações governamentais para efetivar o direito à saúde no sistema prisional, em especial o PNSSP, se apresentam como uma tentativa concreta de romper com a negligência do Estado em relação aos integrantes do sistema prisional, aos esquecidos e aos sem voz (KOLLING et al., 2013).

O PNSSP surgiu em continuidade com a assistência em saúde prevista na Lei de Execução Penal de 1984, ou seja, com o intuito de garantir tratamento e prevenção em saúde às pessoas presas. Esse plano foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, tendo como objetivo garantir o acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade, oferecendo ações e serviços de atenção básica *in loco*, ou seja, dentro das unidades prisionais (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça, elaborou o PNSSP, desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Do ponto de vista histórico, a implantação do PNSSP, ocorreu no primeiro ano do primeiro mandato do governo Lula, mesmo ano em que ocorreu a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde o PNSSP foi, inclusive, discutido. O evento teve como tema central “Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a Saúde que temos, o SUS que queremos” e foi visto por muitos como a oportunidade de desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS, pois contou com uma série de fatores (políticos, sociais e históricos) na tentativa de impulsionar o governo a assumir propostas e compromissos mais ousados na área da saúde (PAIM, 2008).

O plano faz alusão às questões que até então a Lei de Execução Penal (LEP) jamais enfrentou. Enquanto a LEP previa “assistência à saúde” da população penitenciária, com foco no tratamento e nas especialidades, o plano visava promover “atenção integral” com prioridade às ações preventivas, sem deixar de contemplar as assistenciais (SILVA, 2015B).

Isso não quer dizer que a LEP não leva em consideração a prevenção, mas apenas cita vagamente esse tipo de ação, não as prioriza, enquanto o Plano as enfatiza e inclui a promoção da saúde, como algo mais apropriado para fazer frente à insalubridade e superpopulação no sistema prisional (SILVA, 2015B).

A portaria que institui o plano prevê mecanismos para a plena extensão dos serviços do SUS aos presídios, enfatizando a “atenção básica”, mediante o estabelecimento de ações a serem conduzidas pelos vários níveis de gestão, com a respectiva divisão de responsabilidades (KOLLING et al., 2013).

Conforme observa Sá e Silva (SILVA, 2009), nota-se, no plano, uma visão ampla de saúde. Pode-se visualizar o reflexo disso nos objetivos específicos da atuação: prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e de agravos psicossociais decorrentes do confinamento; distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas; implementação de medidas de proteção específica, como vacinação contra hepatites, *influenza*, tétano; organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária e cadastramento as pessoas presas no Cartão Nacional de Saúde; imunizações e coletas de exames laboratoriais.

As ações do plano envolvem também o direito à visita íntima; distribuição de kits de medicamentos da farmácia básica, incluindo medicamentos específicos para gestantes; inclusão da população penitenciária na política de planejamento familiar, que são desenvolvidas por equipes multiprofissionais, compostas minimamente por médico, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, com ações voltadas para a prevenção, promoção e tratamento de agravos em saúde (BRASIL, 2005).

É relevante destacar que, apesar dos inúmeros avanços alcançados através da implementação do PNSSP, ainda não se abrangia a totalidade das pessoas privadas de liberdade, pois as ações estavam voltadas unicamente à população penitenciária, deixando descoberta a parte restante do sistema prisional. Isso quer dizer que somente as pessoas privadas de liberdade recolhidas em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia e tratamento estavam asseguradas pela atenção à saúde, não garantindo o mesmo direito às pessoas que cumprem pena em regimes abertos e provisórios, recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais (LERMEN et al., 2015).

O PNSSP é um programa governamental intersetorial nascido em 2002, reformulado em 2008 e em vigor por mais de uma década. A formulação do plano considerou a relevância da caracterização da população penitenciária, traçou diretrizes e estratégias para a consolidação da política de saúde no sistema prisional, regulamentou as questões de

financiamento, de recursos humanos, de informação em saúde, além das formas de gestão (BRASIL, 2008).

A reformulação visou preencher algumas lacunas relacionadas ao sistema prisional feminino. Dentre as propostas listadas, recomendou-se maior inter-relação dos setores saúde e justiça, a fim de que o PNSSP fosse implantado nacionalmente, garantindo a oferta de atenção integral à saúde da mulher presa e a provisão de cuidados de saúde referente aos aspectos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008).

A homologação do PNSSP, representou um avanço para o País, pois, pela primeira vez, a população das unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que regulamenta o acesso a ações e serviços que visam reduzir os agravos e danos provocados pelas condições de confinamento em que se encontram (GOIS et al., 2012). É válido destacar que a agenda da saúde da mulher recebeu um capítulo específico no PNSSP.

Porém, salientamos que, embora o PNSSP tenha como uma de suas metas a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério, a efetivação de tais ações não era garantida e que o crescimento da população penitenciária feminina foi timidamente acompanhado por construções de políticas sociais voltadas para esse público (LERMEN et al., 2015).

E ao analisarmos as legislações sobre a população prisional feminina, parece-nos que o Estado sempre teve que recorrer a leis e resoluções específicas para dar visibilidade às mulheres encarceradas e tornar concretas as ações e os serviços em saúde voltados a elas. Um exemplo é a Lei nº 11.942, de 2009, em que a LEP passa a assegurar à mulher gestante presa o direito ao acompanhamento médico tanto no pré-natal quanto no pós-parto, sendo esse direito extensivo ao recém-nascido (BRASIL, 2009).

Outro exemplo se evidencia ao analisarmos a Resolução nº 03, de 1º de junho de 2012, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), que recomenda a não utilização de algemas ou outros meios de contenção durante a condução ou permanência em unidades hospitalares, salvo quando houver a necessidade, garantindo a mulher o direito de não “utilizar algemas ou outros meios de contenção no momento em que se encontrem em intervenção cirúrgica para a realização do parto ou em trabalho de parto natural, e no período de repouso subsequente ao parto” (BRASIL, 2012).

Assim, percebemos que apesar do PNSSP possuir como metas o controle dos cânceres cérvico-uterino e de mama, o Estado vinha priorizando até 2013, leis e ações voltadas à saúde materno-infantil. Ou seja, a mulher recebe maior atenção dentro do sistema quando vinculada a uma criança. Dessa maneira, a inclusão da mulher na saúde pública se dá, geralmente, via

programas de pré-natal, área de cuidado mãe/bebê, mãe-canguru, dentre outros (MEDEIROS et al., 2010).

No entanto, um importante avanço ocorreu em janeiro de 2014, com a instituição da PNAME. A PNAME amplia o olhar sobre a população prisional feminina, pois inclui, dentre outras ações, a prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres. Abrange ainda o fomento à adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres nas questões de gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino (BRASIL, 2014B).

O lançamento da PNAME ocorreu dez dias depois da publicação no Diário Oficial da União da PNAISP, nosso terceiro marco das políticas sociais de saúde no âmbito prisional. A PNAISP considera como pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas que cometeram delito, que têm mais de 18 anos e que estão sob custódia do Estado provisoriamente, podendo estar sentenciadas ou em medida de segurança, conforme o Código Penal e a Lei de Execução Penal (BRASIL, 2014B).

A PNAISP, promulgada no dia 2 de janeiro de 2014, foi elaborada em resposta ao PNSSP, programa governamental vigente entre os anos de 2002 e 2013 no Brasil. Esta política instituiu a inserção formal da população carcerária no Sistema Único de Saúde, assegurando que cada unidade prisional seja ponto integrante da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014A). Mais ambiciosa e mais realista que o PNSSP, essa política está fundamentada nos princípios da integralidade e da transetorialidade (CASTRO et al., 2014).

A PNAISP representa um avanço na atenção à saúde da população prisional, bem como amplia a garantia de direitos sociais. Assim, ao estender o foco anteriormente dado pelo PNSSP, o público-alvo da política abrange a amplitude dessa população, ou seja, todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Outro ponto positivo da PNAISP é a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde, ratificando os princípios de universalidade, integralidade e equidade presentes no SUS (BRASIL, 2014A).

A PNAISP impulsionou também a construção de duas resoluções do CNPCP que dão luz a outras “minorias” no sistema prisional, além das mulheres, anteriormente citadas, são elas: a Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014, a qual dispõe sobre a proteção e os

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014, a qual dispõe sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade no Brasil (BRASIL, 2014A).

A PNAISP é uma política de extrema importância, logo, sua efetivação requer empenho daqueles que acreditam em um sistema prisional melhor e mais humanizado. Isto porque muitas vezes as pessoas que cometeram algum crime são penalizadas não apenas pelo sistema judicial, mas também pelas condições degradantes dentro dos presídios. Daí a necessidade dos poderes públicos, dos gestores, dos profissionais envolvidos e da sociedade em geral proporem estratégias e ações que concretizem as diretrizes propostas na PNAISP e, assim, lutarem por uma melhor qualidade de vida e dignidade das pessoas que estão inseridas no sistema prisional (FREITAS et al., 2016).

A implantação da PNAISP ainda se encontra em processo de estruturação e de adesão nos diversos municípios do território brasileiro. Por ser ainda muito recente, sugerimos que futuros estudos se debrucem sobre a análise da implantação e efetivação das ações previstas nessa política, bem como sobre o impacto desta na sociedade (FREITAS et al., 2016).

É interessante observar que apesar de algumas dificuldades, o país vem, nos últimos trinta anos, a passos lentos e graduais, dando visibilidade à saúde no cenário prisional. Ao analisarmos os três marcos fundamentais das políticas sociais de saúde voltadas a essa população, nota-se que importantes mudanças ocorreram nas terminologias empregadas nessas legislações. Na LEP, os termos usados eram “presos” e “condenados”, reduzindo as pessoas aos delitos pelos quais tinham sido presas. Quase vinte anos depois, com a PNSSP, surge a expressão “privado de liberdade” demonstrando o entendimento de que os indivíduos vivenciam a privação apenas de liberdade, mas não de seus direitos sociais. Já a PNAISP, não apenas consolida o termo “pessoas privadas de liberdade”, como amplia o acesso à saúde dos detentos e daqueles ao seu redor (LERMEN et al., 2015).

Essas mudanças na terminologia são pontos fundamentais para que os estereótipos conferidos à população prisional sejam minimizados e a necessidade da garantia dos direitos sociais seja maximizada e efetivada, muito embora se reconheça que a mudança de terminologia deva ser acompanhada de ações concretas para que as mudanças efetivamente ocorram (LERMEN et al., 2015).

Nesse contexto, é importante ressaltar que políticas de saúde e ações governamentais são formuladas com o intuito de propor transformações e melhorias de acordo com a

problemática apresentada. Assim, a junção de vários fatores favoreceu a criação de políticas e de ações governamentais estudadas acima, como por exemplo: aumento do índice de presidiários e, conseqüentemente, da propagação de doenças, escassez de serviços de saúde dentro dos presídios bem como infraestrutura danificada, déficit na qualidade do atendimento prestado, dentre outros.

#### **1.4 Problemas relacionados à saúde no sistema prisional**

De acordo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, direito à saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis e a todos os habitantes do território nacional (BRASIL, 1986).

O art. 196 da Constituição Federal de 1988, em vigor até os dias atuais, entende que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Efetivar o direito à saúde é uma das características da democracia, direito este humano e social, dotado de complexidade. Porém a sociedade brasileira é marcada por desigualdades sociais, as quais se tornam muito claras no âmbito da saúde, especialmente no sistema prisional (KOLLING et al., 2013).

Dentre aqueles que são esquecidos pelo Estado, pode se afirmar que um dos expoentes mais fortes de negligência diz respeito aos encarcerados: muitos deles não são sequer contabilizados no tocante ao investimento em saúde. E mais: os estabelecimentos prisionais são demasiadamente insalubres, e os serviços de saúde são infinitamente insuficientes e carentes (KOLLING et al., 2013).

Como afirmam Lopes et al. (LOPES et al., 2001), além de as prisões concentrarem indivíduos negros e pobres que não puderam atingir os patamares mínimos para o acesso a bens culturais e/ou de serviços, eles participam do grupo dos “especialmente vulneráveis” às doenças infectocontagiosas.

O sistema prisional brasileiro vem sofrendo uma superlotação, e isto reflete diretamente na condição de saúde da população carcerária, sendo agravada por fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais (FREITAS et al., 2016).

A situação de saneamento básico precário ou inexistente em inúmeros presídios acarreta problemas como a insalubridade que acumulada à falta de higiene dos detentos

tornam as prisões um ambiente propício à disseminação de doenças. As condições estruturais dos presídios também influenciam a saúde dos detentos, visto que, além de haver superlotação, normalmente há pouca iluminação e ventilação nos espaços. Os agravos mais propícios nesses ambientes são as doenças respiratórias, como a tuberculose e pneumonia. Também é alto o índice de hepatite e de IST. Além dessas doenças, há um grande número de presos portadores de distúrbios mentais, de câncer, hanseníase e com deficiências físicas (ARRUDA et al., 2013).

Conhecida esta fragilidade, foram instituídas políticas públicas específicas para o Sistema Prisional que buscam contribuir para melhor assistência à população encarcerada, porém é notória a falta de operacionalização, gerando grande preocupação em relação à situação em que se encontram essas pessoas, refletindo-se em práticas de violência e descaso com a saúde física e psíquica (SILVA et al., 2008).

Diante disso, acaba ocorrendo a dupla penalização do preso: a pena propriamente dita e o lamentável estado de saúde que ele adquire no interior da prisão, o que constata o descumprimento dos dispositivos da Lei de Execução Penal, que prevê, no inc. VII do art. 40, o direito à saúde por parte do preso como uma obrigação do Estado (ASSIS, 2008).

### **1.5 Hanseníase na população prisional**

Dentre as diversas doenças infecciosas que se fazem presente nas prisões, podemos destacar a hanseníase. A hanseníase é uma doença histórica de evolução lenta e período de incubação demorada. No Brasil, desde o século XVII já havia inúmeros casos registrados. Há relatos de “lepra” desde 4300 anos antes de Cristo, no Egito, e relatórios de aproximadamente 4000 anos na Índia, China e Japão (FERREIRA, 2014). A hanseníase é uma doença altamente transmissível, causada por *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, com um período de incubação que varia de 5 a 15 anos. A transmissão da bactéria acontece por meio das vias respiratórias podendo assim infectar outras pessoas suscetíveis (USTIANOWSKI; LOCKWOOD, 2003). A hanseníase é uma doença infecciosa negligenciada causada por um agente não letal e curável, que persiste como um importante problema de saúde pública em alguns países em desenvolvimento (USTIANOWSKI; LOCKWOOD, 2003).

Em todo o mundo, cerca de 210.000 novos casos da doença foram notificados em 2018 (OMS, 2018), apesar da taxa de declínio e do grande esforço global para erradicá-la (BRASIL, 2020). Destes, cerca de 30.000 ocorreram na região das Américas, sendo o Brasil responsável por mais de 92% dessas notificações (BRASIL, 2020). Esse número coloca o país

em primeiro lugar em casos novos da doença anualmente nas Américas e o único país do continente que não eliminou a doença (OMS, 2018). Os casos de hanseníase estão associados a más condições sanitárias, insegurança alimentar, ambientes superlotados e baixos níveis socioeconômicos e educacionais (PESCARINI et al, 2018). O Brasil é um país subdesenvolvido com uma longa história de todos esses problemas. Nos últimos anos, como resultado de governos ultraconservadores e neoliberais, houve aumento de vários desses fatores no Brasil. Indivíduos que vivem em regiões com maior pobreza do país (centro-oeste, norte e nordeste) apresentam risco de incidência de hanseníase cinco a oito vezes maior do que outros indivíduos. Estratégias que enfocam a detecção precoce e o tratamento da hanseníase nas populações mais pobres podem contribuir substancialmente para o controle global da doença (NERY, 2019).

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente e fracamente gram-positivo. Este agente infecta as células de Schwann dos nervos periféricos, principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos, mas também pode afetar os olhos e órgãos internos. A hanseníase é transmitida por via respiratória favorecida por contato próximo e prolongado. Os principais sinais e sintomas da hanseníase são (BRASIL, 2017):

- Áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato;
- Formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência – a pessoa se queima ou se machuca sem perceber;
- Pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas;
- Diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas;
- Pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local;
- Dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos;
- Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés;
- Diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras;
- Edema de mãos e pés com cianose (arroxeamento dos dedos) e ressecamento da pele;
- Febre e artralgia, associados a caroços dolorosos, de aparecimento súbito;
- Aparecimento súbito de manchas dormentes com dor nos nervos dos cotovelos (ulnares), joelhos (fibulares comuns) e tornozelos (tibiais posteriores).

A população carcerária é considerada um grupo fundamental para o controle da hanseníase, uma vez que as prisões são locais que apresentam condições ambientais e sociais que favorecem a transmissão e o adoecimento. A população carcerária já vem de situações de vida desfavoráveis e ao ingressar no sistema prisional há potencialização desses fatores (MINAYO et al, 2016). Além disso, devido à transmissão respiratória da hanseníase e à alta rotatividade dos presos, os profissionais que atuam nessas instituições e a comunidade como um todo estão em risco (ASSIS, 2008). Para grupos de pessoas que permanecem confinadas em manicômios, abrigos, asilos e, principalmente, em presídios, a hanseníase é uma questão importante de saúde pública, pois as condições ambientais favorecem não só a sua transmissão como também o adoecimento. Além disso, devido a sua transmissão respiratória, coloca também em risco os profissionais que trabalham no sistema prisional, especialmente os contatos de detentos (NOGUEIRA et al., 2012).

As populações confinadas, em especial a população privada de liberdade, representam um sério problema para o controle de doenças infecciosas como a hanseníase. Mesmo nas prisões, estes indivíduos não estão totalmente isolados pelos muros que as cercam; o vínculo com o mundo exterior se dá por meio do contato com suas visitas e com os funcionários do sistema prisional. Podem também se relacionar com a comunidade no cumprimento da pena em regime semiaberto, nos indultos e nas fugas ou ainda no retorno à liberdade após o cumprimento da pena (FERREIRA JUNIOR et al., 2013).

Em uma pesquisa sobre hanseníase realizada em uma prisão da Índia, revelou uma prevalência bruta de 20 casos por 1.000, e a prevalência ativa de 10 casos por 1.000, onde a prevalência da hanseníase no estado foi de 1,12 por 1.000 habitantes (VIJAYAKUMARAN et al., 1996). Tais prisões, assim, podem formar “bolsões” hiperendêmicos de hanseníase. Os presos são uma comunidade fechada e há um risco de casos entre os reclusos e a disseminação da infecção para outras pessoas dentro da prisão durante a sua permanência ali e para a comunidade quando são liberados da prisão (VIJAYAKUMARAN et al., 1996).

A hanseníase é uma enfermidade milenar que traz consigo a marca do preconceito, discriminação e exclusão social desde o seu surgimento. Durante um longo tempo os indivíduos foram rejeitados pela sociedade, família e amigos eram condenados a viver em total situação de privação perdendo o contato com o mundo externo para evitar a contaminação. O estigma se faz presente desde os tempos bíblicos e continua fazendo parte do imaginário das pessoas ainda nos dias atuais (TALHARI; NEVES, 1997).

Embora atualmente a hanseníase tenha tratamento e cura, o estigma e o preconceito permanecem enraizados em nossa cultura e dificultam o indivíduo no enfrentamento da

doença, trazendo-lhes sérias repercussões em sua vida pessoal e profissional. A hanseníase deixa marcas profundas nos seres humanos devido às inúmeras perdas decorrentes da doença. Os indivíduos necessitam resgatar sua autoestima, seus vínculos e reintegrar-se ao mundo real. Os sentimentos relacionados a esta doença, como o medo, a vergonha, a culpa, a exclusão social e a rejeição fazem parte do seu cotidiano.

Segundo Albuquerque (GUILHON DE ALBUQUERQUE, 1980), mesmo após a descoberta de uma terapêutica eficaz contra a doença, medidas de exceção, segregação e violência continuaram a ser praticadas contra o doente e seus familiares.

## **1.6 Relevância e Justificativa**

Sabe-se que ainda há muita incompreensão e falta de informação quanto à saúde no sistema penitenciário, logo as questões relativas a este tema precisam ser revistas e redirecionadas numa abordagem que favorecerá uma reflexão aprofundada, crítica e salutar.

A saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil foi objeto de numerosas pesquisas, na maioria das vezes quantitativa e parciais, uma vez que se limitam a uma determinada doença numa determinada prisão, apenas de âmbito local, em São Paulo e Rio de Janeiro, particularmente (SILVA, 2015A). E até a presente data, ainda não foi publicada no Brasil uma pesquisa epidemiológica de âmbito nacional da população carcerária, nem tão pouco há estudos avaliando a prevalência de hanseníase no sistema prisional.

A falta quase absoluta de dados nacionais oficiais sobre a atual situação de saúde da população penitenciária dificulta o planejamento e a execução de políticas públicas eficazes e de ações voltadas para esta população, limitando a implantação do PNSSP e da PNAISP.

Nessa perspectiva, a pesquisa poderá contribuir para a visualização do problema na área da saúde da população penitenciária feminina diante do reconhecimento do alto risco de transmissão da hanseníase devido ao ambiente de confinamento, originando mais ações de atenção à mulher encarcerada além de demonstrar a necessidade de um Estado capaz de implantar conceitos e ideias para promoção da saúde.

Nesse sentido, esta pesquisa poderá subsidiar a operacionalização de políticas públicas e ações governamentais, contribuindo assim, para o controle e redução dos agravos mais frequentes à saúde como parte da resposta aos direitos humanos nesta população.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Caracterizar a prevalência e fatores associados à hanseníase entre mulheres privadas de liberdade no Brasil.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Traçar o perfil sociodemográfico e prisional de mulheres brasileiras privadas de liberdade;
2. Descrever o perfil clínico dos casos suspeitos de hanseníase entre mulheres brasileiras privadas de liberdade;
3. Estimar a prevalência autorrelatada e de suspeita de hanseníase entre mulheres brasileiras privadas de liberdade;
4. Identificar os fatores associados à hanseníase autorreferida entre mulheres brasileiras privadas de liberdade.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado a partir do inquérito nacional de saúde na população penitenciária feminina e de servidoras prisionais realizado em 9 estados brasileiros e Distrito Federal em 2014.

#### 3.2 População e amostra

##### 3.2.1 Amostragem

Foram incluídas mulheres privadas de liberdade há pelo menos seis meses em regime fechado ou semiaberto. Foram excluídas as mulheres impossibilitadas de serem atendidas pela equipe de pesquisadores (por motivo de saúde, periculosidade ou saídas eventuais da unidade) e/ou que não tinham o português como idioma principal.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios:

- 1º Passo: Seleção intencional dos estados baseada na importância e no tamanho da população encarcerada, na diversidade das penitenciárias existentes nas regiões brasileiras e na representatividade de todas as regiões do país. Diante destes critérios, foram selecionados os estados do Pará e Rondônia (Região Norte), Ceará e Pernambuco (Região Nordeste), Mato Grosso do Sul e Distrito Federal (Região Centro-Oeste), São Paulo e Minas Gerais (Região Sudeste) e Paraná e Rio Grande do Sul (Região Sul);

- 2º Passo: Estratificação dos presídios por estado e número de residentes em > 150, 151 a 500, 501 a 1000, > 1000 mulheres. Foram identificados 24 estratos, mas somente 15 foram efetivamente coletados por motivos financeiros e operacionais (tabela 1);

**Tabela 1** – Amostra inicial prevista da população penitenciária feminina brasileira selecionada para o estudo, Brasil, 2013.

UF	Município	Estabelecimento Penal	População inicial	Amostra inicial
PA	Marabá	Centro de Recuperação Mariano Antunes	78	21
PA	Ananindeua	Centro de Reeducação Feminino	608	157
RO	Porto Velho	Penitenciária Feminina	148	39

UF	Município	Estabelecimento Penal	População inicial	Amostra inicial
CE	Aquiraz	Instituto Penal Feminino Desembargadora Aurí Moura Costa	633	164
PE	Recife	Colônia Penal Feminina do Recife	1027	266
PE	Buíque	Colônia Penal Feminina de Buíque	376	98
MT	Cuiabá	Unidade Prisional Regional Feminina Ana Maria Do Couto May	875	226
DF	Brasília	Penitenciária Feminina do Distrito Federal	555	144
MG	BH	Centro de Remanejamento Centro-Sul	105	28
MG	BH	Complexo Penitenciário Feminino Estevão Pinto	325	84
MG	Ribeirão das Neves	Presido Feminino Jose Abranches Gonçalves	128	34
MG	São Joaquim de Bicas	Presídio de São Joaquim de Bicas II	235	61
SP	São Paulo	Centro de Progressão Feminino de São Miguel Paulista	158	41
SP	São Paulo	Penitenciária Feminina de Santana	2463	636
SP	São José dos Campos	Centro de Ressocialização Feminino de São José dos Campos	115	30
SP	Piracicaba	Centro de Ressocialização Feminino Carlos Sidney Cantarelli	222	58
SP	Campinas	Penitenciária Feminina de Campinas	1054	273
SP	Rio Claro	Centro de Ressocialização Feminino de Rio Claro	108	28
SP	Ribeirão Preto	Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto	258	67
RS	Montenegro	Penitenciária Modulada Estadual de Montenegro	97	26
RS	Porto Alegre	Penitenciária Feminina Madre Pelletier	492	128
RS	Caxias do Sul	Penitenciária Industrial de Caxias do Sul	75	20
PR	Curitiba	Centro Regime Semiaberto Feminino	140	37
PR	Piraquara	Penitenciária Feminina do Paraná	393	102
<b>Total</b>			<b>10466</b>	<b>2714</b>

- 3º Passo: Escolha aleatória de um presídio dentro de cada estrato;

- 4º Passo: Cálculo do tamanho amostral considerando uma proporção de infecção sexualmente transmissível (IST) estimada em 30%, nível de significância igual a 95% e poder de teste de 90%. O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 2.518 mulheres. Imputando acréscimo de 10%, a amostra final prevista foi de 2.714 mulheres. A amostra prevista foi dividida proporcionalmente em cada presídio selecionado (tabela 1). Contudo, devido às limitações financeiras e operacionais, a amostra final coletada foi de 1.327 mulheres (tabela 2). Conseqüentemente, o poder dos testes decresceu para 67%. A prevalência de IST foi utilizada no cálculo amostral por se tratar da maior prevalência dentre os desfechos estudados.

**Tabela 2.** População e amostra final das 24 penitenciárias selecionadas.

Estado	Município	Estrato	Nº de Reclusas	Amostra	Amostra Coletada
Pará	Marabá	1	78	21	23
	Ananindeua	2	608	157	157

<b>Estado</b>	<b>Município</b>	<b>Estrato</b>	<b>Nº de Reclusas</b>	<b>Amostra</b>	<b>Amostra Coletada</b>
Rondônia	Porto Velho	3	148	39	40
Ceará	Aquiraz	4	633	164	165
Distrito Federal	Brasília	7	555	226	146
Mato Grosso	Cuiabá	8	875	144	41
Minas Gerais	Belo Horizonte	10	325	84	95
	Ribeirão das Neves	11	128	34	42
	São Joaquim de Bicas	12 <sup>1</sup>	235	61	71
São Paulo	Campinas	17	1.054	273	197
	Ribeirão Preto	19	258	67	109
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	21	492	128	71
	Caxias do Sul	22	75	20	30
Paraná	Curitiba	23	140	37	38
	Piraquara	24	393	102	102
<b>Total</b>	-	-	<b>10.868</b>	<b>2.714</b>	<b>1327</b>

- 5º Passo: Seleção aleatória de mulheres em cada penitenciária utilizando lista nominal das mulheres na unidade naquele momento. A lista era fornecida pela coordenação da unidade. Com base na lista, foi realizada uma amostragem sistemática levando em consideração o número de mulheres presas, as celas e o tamanho da amostra para cada local específico.

### 3.3 Coleta de dados

A equipe de coleta era formada por um supervisor, um profissional especialista na realização de aconselhamento e testes rápidos, um profissional para realização de exame físico e entrevistadores (de número variável dependendo do tamanho amostral de cada unidade). Um membro da equipe central da pesquisa se deslocava para cada cidade participante e atuava como supervisor durante todo o período de coleta de dados. Dependendo do tamanho amostral das unidades, os demais pesquisadores poderiam ser membros da equipe central da pesquisa ou selecionados na própria cidade onde seria realizada a coleta de dados.

Os participantes das equipes de coleta em cada estado receberam treinamento sobre as etapas de coleta. Foi elaborado um Manual Operacional para coleta de dados composto pela apresentação da pesquisa, fluxo de procedimentos, recrutamento das entrevistadas, procedimentos para encaminhamentos, e fechamento do protocolo de pesquisa.

Devido procedimentos de segurança e operacionais, um grupo pequeno de mulheres sorteadas (de número variável dependendo da rotina de cada unidade), se encaminhavam juntas para o local de coleta de dados. Inicialmente, o projeto era apresentado as mulheres

coletivamente. Aquelas que aceitavam participar do estudo eram incluídas na pesquisa pelo supervisor e assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

### **3.3.1 Questionário**

Foi realizada a aplicação de um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores a partir de adaptação de instrumentos padronizados. Pesquisas neste contexto têm sido prejudicadas por sua dependência de entrevistados para relatar com precisão sobre o envolvimento em comportamentos que são altamente sensíveis e eventualmente ilegais. Para reduzir o viés de resposta, foi adotada na pesquisa a tecnologia de autoentrevista assistida por computador (*Audio Computer-Assisted Self-Interviewing - ACASI*) instalada em tablets. Essa tecnologia vem sendo cada vez mais utilizada quando os sujeitos da pesquisa estão em situação de vulnerabilidade e são indagados sobre questões sensíveis e comportamentos de risco. A opção pelo ACASI decorre da sua aplicabilidade em pesquisas nas quais existe a necessidade de se abordar informações sensíveis, de cunho pessoal, ou mesmo relacionadas a comportamentos de risco para a saúde (SIMÕES; BASTOS, 2004). Nessa pesquisa, muitas mulheres não apresentavam habilidade para usar o tablet e foi dado a opção de solicitar o auxílio de um pesquisador para responder o questionário.

Neste questionário foram abordadas variáveis relacionadas à perfil sociodemográfico (Idade, cor/etnia, classe social, orientação sexual, estado civil, renda, utilização de programas de distribuição de renda), informações prisionais (número de prisões, idade ao ser presa, tipo de crime cometido, tempo de cumprimento de pena, local onde está presa), e morbidade (ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, doenças infectocontagiosas, principais fatores de risco modificáveis, saúde mental e violência).

### **3.3.2 Exame físico**

Inicialmente foi realizado um contato cordial com a presa, eliminando qualquer possibilidade de sentimento de preconceito em relação à doença. O exame dermatológico foi conduzido visando identificação de lesões suspeitas de hanseníase. A avaliação foi realizado em uma área reservada, bem iluminada e apenas com a presença da examinadora. Inicialmente era realizada a inspeção da pele da presidiária. A inspeção era realizada a procura de manchas ou lesões suspeitas em todo o corpo da mulher, exceto abaixo das peças íntimas, pois as unidades prisionais não permitiam abordar áreas íntimas. A presidiária era solicitada a ficar apenas com as peças íntimas para facilitar a inspeção.

O exame neurológico compreendeu a inspeção, palpação, percussão, avaliação funcional dos nervos, seguindo o protocolo estabelecido pelo guia prático sobre hanseníase (BRASIL, 2017). O exame foi realizado através de inspeção visual da pele e análise de espessamento visível ou palpável dos principais nervos cutâneos possivelmente acometidos. Essa etapa era iniciada com análise dos nervos da face observando a simetria dos movimentos palpebrais e de sobrancelhas (nervo facial). Em seguida, era observado o espessamento visível ou palpável dos nervos do pescoço (auricular), do punho (nervos mediano e ulnar), e dos pés (fibular superficial e sural). Depois, era realizada a palpação dos nervos do cotovelo (ulnar), do joelho (fibular comum) e do tornozelo (tibial) para identificar se estavam visíveis, assimétricos, endurecidos, dolorosos ou com sensação de choque. Nos casos de alteração nos nervos, era realizada confirmação da anormalidade com o teste da sensibilidade no território inervado. O teste era composto por procedimentos visando analisar a sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Para testar a sensibilidade térmica foi usado um tubo de ensaio com água levemente aquecida através de uma lamparina, para testar a sensibilidade dolorosa utilizou-se uma caneta e para a sensibilidade tátil um algodão. O teste era bem explicado para que a presidiária tivesse a certeza da sensibilidade a ser testada. Depois, o exame era realizado com a presidiária de olhos fechados para confirmar a alteração de sensibilidade.

Na avaliação da pele eram observadas lesões não elevadas (manchas) ou elevadas (placas, nódulos); áreas de pele secas ou áreas referidas pelo paciente como regiões com alteração de sensibilidade e na avaliação dos nervos era observado se eles estavam visíveis, assimétricos, endurecidos, dolorosos ou com sensação de choque.

### **3.4 Variáveis**

Neste estudo os casos de hanseníase foram definidos através de auto-relato. As variáveis independentes abordadas neste estudo foram divididas em: 1) características sociodemográficas: faixa etária dividida em < 30 anos, 30 a 39 anos e  $\geq$  40 anos; cor/raça classificada em branca, preta, parda, amarela ou indígena conforme padrão estabelecido no Brasil; nível educacional; fonte de renda da família antes e durante a prisão; ocupação; programas de transferência de renda; religião; estado civil; experiência de morar na rua; plano de saúde; 2) Perfil prisional: número de vezes que foi presa; Motivo da prisão; tempo de vida na prisão; estudo na prisão; trabalho na prisão; visitas; visita íntima; número de pessoas na cela; gestação na prisão; experiência na cela de isolamento; 3) Hanseníase: lesões dermatológicas; diagnóstico prévio de hanseníase; tratamento autorrelatado para hanseníase;

relato de conhecimento de pessoas com hanseníase dentro e fora da prisão; relato de contato de pessoas com hanseníase dentro e fora da prisão; diagnóstico clínico de lesões suspeitas de hanseníase; alterações de sensibilidade (térmica/dolorosa/tátil); espessamento neural e nervos acometidos; caso suspeito de hanseníase.

Além disso, para caracterizar a magnitude da hanseníase no sistema penitenciário feminino, baseado nos dados do exame físico, foram identificados casos suspeitos de hanseníase. A definição utilizada para caso suspeito foi a proposta pelo MS (BRASIL,2017): “pele com alteração de sensibilidade e/ou acometimento de nervo (s)”. Do total de 1327 casos, apenas 1.285 realizaram teste dermatológico.

### **3.5 Análise Estatística**

Os dados foram inicialmente registrados no software Excel e posteriormente levados para análise estatística no software STATA 15.0. Foram realizadas análises univariadas. As variáveis quantitativas contínuas foram expressas como média  $\pm$  desvio-padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas através de tabelas de distribuição de frequências proporcionais. Os fatores associados a hanseníase foram identificados através de análise bivariada.

Através de testes de hipótese (qui quadrado e exato de Fisher) foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram relacionamento com as variável dependente em nível de  $p \leq 0,20$ . Estas variáveis foram utilizadas em um modelo multivariado elaborado através de regressão logística. Também foram incluídas no modelo aquelas variáveis que apresentem importância na literatura sobre o tema. Considerou-se variáveis estatisticamente significantes aquelas que apresentarem  $p \leq 0,05$ . O “risco” foi expresso através de cálculo de *Odds Ratio* (OR) e respectivo intervalo de confiança.

### **3.6 Aspectos Éticos**

A realização desta pesquisa obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde M/S (BRASIL, 2012), que regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa em seres humanos, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE E FATORES ASSOCIADOS ENTRE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL: RESULTADOS DE UM INQUÉRITO NACIONAL

Eriza Parente<sup>a</sup>; Marto Leal<sup>a\*</sup>; Carl Kendall<sup>a,c</sup>; Rosa Maria Salani Mota<sup>b</sup>; Roberto da Justa Pires Neto<sup>a</sup>; Raimunda Hermelinda Maia Macena<sup>a</sup>; Ligia Kerr<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Community Health, Federal University of Ceará, 1608 Professor Costa Mendes - 5º andar, 60.430-140, Fortaleza, CE, Brazil

<sup>b</sup> Department of Statistics and Applied Mathematics, Federal University of Ceará, 100 Cinco street - Bloco 910, 60.355-636, Fortaleza, CE – Brazil

<sup>c</sup>Department of Global Community Health and Behavioral Sciences, Tulane University, 1440 Canal Street, 70112, New Orleans, LA - United States.

#### Resumo

A população carcerária é considerada um grupo fundamental para o controle da hanseníase, uma vez que as prisões são locais que apresentam condições ambientais e sociais que favorecem a transmissão e o adoecimento. Este estudo objetivou estimar a prevalência de hanseníase em presidiárias brasileiras e identificar fatores associados à doença. Métodos: Este estudo transversal explorou a prevalência e os fatores associados à hanseníase entre presidiárias brasileiras e foi realizado entre 2014 e 2015 em 15 presídios femininos brasileiros. Os dados de 1327 mulheres foram coletados por meio de Auto-Entrevista Assistida por Computador e exame dermatológico e neurológico para identificar lesões suspeitas de hanseníase. Resultados: A média de idade foi de 33,4 anos. A suspeita de hanseníase foi identificada em 5,1% das mulheres na prisão, e a prevalência autorreferida ao longo da vida foi de 7,5%. As variáveis que se associaram à hanseníase autorreferida ao longo da vida foram: mulheres presas uma vez com duas vezes mais chances de ter hanseníase (IC95%: 1,2 - 3,5); mulheres brancas tinham 1,4 vezes mais chance de ter hanseníase do que mulheres não brancas (IC 95%: 1,1 - 1,8); mulheres que conheciam alguém com hanseníase tinham 1,9 vezes mais chance de ter hanseníase (IC95%: 1,1 - 3,3); e mulheres que compartilhavam uma cela com 11 ou mais mulheres tinham 2,5 vezes mais chance de ter hanseníase do que mulheres que compartilhavam uma cela com duas ou menos pessoas (IC 95%: 1,1 - 5,9). Conclusões: A autorrelato de hanseníase ao longo da vida entre presidiárias no Brasil foi mais de 100 vezes maior do que a encontrada em uma coorte brasileira da população geral. Esses valores mostram a extrema vulnerabilidade dessa população gerada pela pobreza pré-reclusão, bem como potencial de transmissão na prisão.

**Palavras-chave:** Hanseníase, presidiárias, presídios, Brasil.

## Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa negligenciada causada por um agente não letal e curável, que persiste como um importante problema de saúde pública em alguns países em desenvolvimento (1). Em todo o mundo, cerca de 210.000 novos casos da doença foram notificados em 2018 (2), apesar da taxa de declínio e do grande esforço global para erradicá-la (3). Destes, cerca de 30.000 ocorreram na região das Américas, sendo o Brasil responsável por mais de 92% dessas notificações (3). Esse número coloca o país em primeiro lugar em casos novos da doença anualmente nas Américas e o único país do continente que não eliminou a doença (2). Os casos de hanseníase estão associados a más condições sanitárias, insegurança alimentar, ambientes superlotados e baixos níveis socioeconômicos e educacionais (4). O Brasil é um país subdesenvolvido com uma longa história de todos esses problemas. Nos últimos anos, como resultado de governos ultraconservadores e neoliberais, houve aumento de vários desses fatores no Brasil. Indivíduos que vivem em regiões com maior pobreza do país (centro-oeste, norte e nordeste) apresentam risco de incidência de hanseníase cinco a oito vezes maior do que outros indivíduos (5). Estratégias que enfocam a detecção precoce e o tratamento da hanseníase nas populações mais pobres podem contribuir substancialmente para o controle global da doença (5). A população carcerária é considerada um grupo fundamental para o controle da hanseníase, uma vez que as prisões são locais que apresentam condições ambientais e sociais que favorecem a transmissão e o adoecimento. A população carcerária já vem de situações de vida desfavoráveis e ao ingressar no sistema prisional há potencialização desses fatores (6). Além disso, devido à transmissão respiratória da hanseníase e à alta rotatividade dos presos, os profissionais que atuam nessas instituições e a comunidade como um todo estão em risco (7). A população carcerária brasileira é atualmente composta por mais de 730.000 pessoas (8). Nas últimas décadas, houve um aumento significativo no número de mulheres nos presídios do país. A população carcerária feminina no Brasil atingiu aproximadamente 42.000, representando um crescimento de 656% entre 2000 e 2016, muito superior à taxa de crescimento de 19% entre os presidiários do sexo masculino (8). Existem poucos estudos na literatura sobre hanseníase em ambientes prisionais. Portanto, muito se desconhece sobre os riscos específicos de transmissão da hanseníase entre presidiários. Este artigo apresenta os resultados da primeira pesquisa nacional no Brasil sobre a saúde da mulher presidiária e complementa a escassa literatura sobre o tema. O objetivo foi estimar a prevalência de hanseníase entre presidiárias brasileiras e identificar fatores associados à doença.

## **Métodos**

### ***Design de estudo***

Trata-se de um estudo transversal realizado entre 2014 e 2015 em 15 presídios femininos brasileiros localizados nos estados do Pará e Rondônia (Região Norte), Ceará (Região Nordeste), Distrito Federal e Mato Grosso (Região Centro-Oeste), São Paulo e Minas Gerais (região Sudeste), Paraná e Rio Grande do Sul (região Sul).

### ***Amostragem***

Mulheres na prisão por pelo menos seis meses em regime fechado ou semiaberto foram incluídas no estudo. Foram excluídas as mulheres que foram consideradas impedidas de participar pelo sistema prisional ou que não tinham o português como língua principal. Inicialmente, dois estados com a maior população carcerária feminina em cada uma das cinco regiões do Brasil foram selecionados intencionalmente (8). Em seguida, as prisões foram estratificadas por localização (capital, região metropolitana ou interior) e tamanho. Apenas as prisões com mais de 75 presidiários foram incluídas na amostra, uma vez que apenas estas possuíam serviços de saúde. O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 2.518 residentes. Porém, devido aos demorados processos de aprovação e retirada de várias prisões, a amostra final coletada foi de 1.327 mulheres, reduzindo o poder para 67%.

### ***Coleta de dados***

Inicialmente, a coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário abordando características sociodemográficas, carcerárias e epidemiológicas, utilizando a tecnologia Audio Computer-Assisted Self-Interviewing (ACASI), para proporcionar aos entrevistados maior sigilo e privacidade nas respostas (9). e variáveis carcerárias, como tempo de prisão e tipo de crime, também foram investigados. A raça (parda, negra, branca e amarela) foi autorreferida, seguindo os critérios estabelecidos no Brasil. Posteriormente, foi realizado exame dermatológico e neurológico para identificação de lesões suspeitas de hanseníase. Os casos suspeitos foram definidos como mulheres com lesões cutâneas com alteração da sensibilidade e / ou envolvimento de nervos (3). No entanto, a hanseníase é uma doença com um longo período de incubação, mas um tratamento relativamente curto, autorrelato de hanseníase ao longo da vida, usado como resultado para identificar os fatores de risco.

### **Análise de dados**

Os dados foram analisados com o software STATA 15.0. Fatores associados ao autorrelato de hanseníase na vida foram identificados na análise bivariada com qui-quadrado e teste exato de Fisher. As variáveis independentes com relação com a variável dependente em nível de  $p < 0,20$ , juntamente com variáveis identificadas na literatura, foram utilizadas em um modelo multivariado de regressão logística. As variáveis que apresentaram valor de  $p < 0,05$  no modelo final foram consideradas estatisticamente significativas. O risco foi estimado pelo cálculo do Odds Ratio (OR) e intervalos de confiança.

### **Resultados**

A amostra total foi de 1327 mulheres presas. A média de idade foi de 33,4 anos (95% IC 32,8 – 33,9), sendo 27,5 anos (95% IC 27,0 – 28,1) a média de idade do primeiro ingresso no sistema prisional.

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das presas. Do total, 49,8% eram pardas (95% IC = 47,0 – 52,5) e 34,7% cursaram da 4ª a 7ª série do ensino fundamental (95% IC = 32,0 – 37,5). Quanto à estrutura familiar, apenas 10% (95% IC = 8,4 – 11,9) eram casadas ou tinham união estável e 43,5% (95% IC = 40,7 - 46,3) solteiras e sem parceiras (os) fixos. A maior parte das mulheres nunca moraram na rua (85,8%, 95% IC = 83,7 – 87,7) e tinham como religião o catolicismo (41,6% IC=38,8 – 44,5). Quanto à ocupação das mulheres antes de ser presa, 22,7% (95% IC = 20,5 - 24,8) estavam desempregadas, 25,4% (95% IC = 23,0 - 27,7) atuavam no comércio e com prestação de serviço, 23,7% (95% IC = 21,4 - 25,9) como domésticas e apenas 1,4% (95% IC=0,7-2,0) exerciam atividade profissional de nível superior ou técnica de nível médio. Em relação à situação socioeconômica, 36,5% (95% IC = 33,7 - 39,3) eram a principal fonte de sustento antes de ser presa, 34% (95% IC = 31,4 – 36,5) participavam do programa bolsa da família, 91% (95% IC = 89,4 - 92,5) não tinham plano de saúde e 81,5% (95% IC = 79,4 - 83,5) eram mães.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas de brasileiras privadas de liberdade, 2021.

<b>Características</b>	<b>%</b>	<b>95% IC</b>
<b>Faixa etária (N=1327)</b>		
< 30 anos	43,9	40,8 – 46,5
30 - 49 anos	47,6	44,9 - 50,7
≥ 50 anos	8,5	7,0 – 10,2
<b>Raça (N=1318)</b>		
Preta	15,3	13,3 - 17,6
Parda	49,8	47,0 - 52,5
Branca	31,5	28,9 - 34,2
Amarela	2,4	1,7 - 3,4
Indígena	1,0	0,6 - 1,7

<b>Características</b>	<b>%</b>	<b>95% IC</b>
<b>Escolaridade (N=1324)</b>		
Analfabeta	3,0	2,2 - 4,2
1ª a 3ª série do ensino fundamental	10,6	8,9 - 12,5
4ª a 7ª série do ensino fundamental	34,7	32,0 - 37,5
Ensino fundamental completo (terminou 8ª série ou 9º ano)	16,1	14,0 - 18,5
1º ou 2º ano do ensino médio	17,0	15,0 - 19,3
Ensino médio completo	14,9	12,9 - 17,1
Superior incompleto	2,4	1,6 - 3,6
Superior completo	1,2	0,8 - 2,0
<b>Situação conjugal (N=1325)</b>		
Solteira e sem parceira (o) fixa (o)	43,5	40,7 - 46,3
Possui parceiro fixo	22,0	19,7 - 24,5
Possui parceira fixa	24,5	22,1 - 27,2
Casada ou união estável	10,0	8,4 - 11,9
<b>Morou na rua (N=1326)</b>		
Não	85,8	83,7 - 87,7
Sim	14,2	12,3 - 16,3
<b>Religião (N=1313)</b>		
Não tenho religião ou crença	14,5	12,6 - 16,6
Católica	41,6	38,8 - 44,5
Evangélica	37,8	35 - 40,6
Espírita	5,6	4,3 - 7,2
Outro	0,6	0,2 - 1,3
<b>Ocupação antes de ser presa (N = 1321)</b>		
Não trabalhava	22,7	20,5 - 24,8
Alta funcionária do governo, dirigente, gerente ou alta funcionária de empresa	0,4	<0,1 - 0,7
Profissional de nível superior ou técnica de nível médio	1,4	0,7 - 2,0
Profissional das artes	0,8	0,3 - 1,2
Trabalhadora de serviços administrativos	2,7	1,8 - 3,5
Trabalhadora da prestação de serviços e comerciários	25,4	23,0 - 27,7
Trabalhadora de serviços domésticos	23,7	21,4 - 25,9
Trabalhadora agropecuária, florestal de caça e pesca	1,9	1,1 - 2,6
Trabalhadora manual (produção de bens e serviços industriais)	5,3	4,0 - 6,5
Ocupações mal especificadas do trabalho informal (ambulante, e etc.)	9,0	7,4 - 10,5
Outra	6,7	5,3 - 8,0
<b>Antes de ser presa era a principal fonte de renda da família (N=1325)</b>		
Não	63,5	60,7 - 66,3
Sim	36,5	33,7 - 39,3
<b>Atualmente, é a principal fonte de renda da família (N = 1324)</b>		
Não	88,7	86,9 - 90,4
Sim	11,3	9,5 - 13,0
<b>Participa de programas de transferência de renda (N=1311)</b>		
Não	59,4	56,5 - 62,3
Sim	40,6	37,7 - 43,5
<b>Possui plano de saúde (N = 1319)</b>		
Não	91,0	89,4 - 92,5
Sim	9,0	7,4 - 10,5

% = Estimativa ponderada.

Aproximadamente um quinto das mulheres relataram que apresentavam algum problema de pele no momento da pesquisa. O problema mais relatado foi mancha na pele (63,5%, IC = 56,4% – 70,0%). Menos de 70% das mulheres ouviram falar de hanseníase na vida. Quanto ao número de lesões cutâneas, 94,9% (95% IC = 93,7 – 95,9) não apresentaram lesões ao diagnóstico, 3,9% (95% IC = 3,1 – 5,0) apresentaram de 1 a 5 e somente 0,7% (95% IC = 0,4 – 1,3) apresentaram mais de cinco lesões. Durante o exame das lesões cutâneas, apenas 0,8% (95% IC = 0,5% – 1,4%) apresentaram alteração na sensibilidade térmica, 0,9% (95% IC = 0,5% – 1,6%) na sensibilidade dolorosa e 0,8% (95% IC = 0,5 – 1,5%) na sensibilidade tátil. Quanto ao acometimento de nervos, apenas 1,6 (95% IC = 1,2% – 2,3%) apresentaram espessamento neural. Os casos suspeitos de hanseníase foram 5,1% do total de mulheres (tabela 2).

**Tabela 2** - Lesões suspeitas de hanseníase entre brasileiras privadas de liberdade, 2021.

Variáveis	TOTAL		
	%	95%IC	
		LI	LS
<b>Você está com algum problema de pele agora?</b>			
Não	81,4	78,9	83,6
Sim	18,6	16,4	21,1
<b>Que tipo de problema de pele você está apresentando agora?</b>			
Mancha	63,5	56,4	70,0
Coceira	41,5	34,7	48,6
Vermelhidão	13,9	9,8	19,5
Queda de pelos ou de cabelo	10,9	7,0	16,7
Descamação	11,6	7,7	17,2
Nódulos (bolinhas internas que você sente com a mão)	11,2	7,5	16,4
Dormência	6,4	3,7	10,7
<b>Você já ouviu falar de hanseníase (lepra)?</b>			
Não	33,3	30,6	36,1
Sim	66,7	63,9	69,4
<b>Lesão suspeita de hanseníase</b>			
Não	94,9	93,7	95,9
Sim	5,1	4,1	6,3
<b>Nº de lesões</b>			
0	94,9	93,7	95,9
1 até 5	3,9	3,1	5,0
> 5	0,7	0,4	1,3
Sem informação	0,4	0,2	0,9
<b>Sensibilidade térmica</b>			
Preservada	26,4	25,1	27,7
Alterada	0,8	0,5	1,4
Não realizada/Sem informação*	72,8	71,5	74,1

Variáveis	TOTAL		
	%	95%IC	
		LI	LS
<b>Sensibilidade tátil</b>			
Preservada	28,4	27,1	29,7
Alterada	0,8	0,5	1,5
Não realizada/Sem informação*	70,8	69,4	72,1
<b>Sensibilidade tátil</b>			
Preservada	28,4	27,1	29,7
Alterada	0,8	0,5	1,5
Não realizada/Sem informação*	70,8	69,4	72,1
<b>Espessura dos nervos</b>			
Não	62,6	61,4	63,8
Sim	1,6	1,2	2,3
Não realizada/Sem informação*	35,8	34,7	36,9

A prevalência de hanseníase autorreferida ao longo da vida foi de 7,5% (IC95%: 6,2% - 9,1%). As variáveis associadas à hanseníase autorreferida na análise bivariada foram: ser branco ( $p = 0,009$ ); não ser a principal fonte de renda familiar ( $p = 0,032$ ); preso apenas uma vez ( $p = 0,025$ ); não estudou na prisão ( $p = 0,049$ ); não recebeu visita íntima na prisão ( $p = 0,028$ ); e conhecia alguém que tem ou já teve hanseníase ( $p = 0,025$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Fatores associados à hanseníase autorreferida entre brasileiras privadas de liberdade, 2021.

	Hanseníase									
	Sim		Não		p	OR	95%IC			
	%	95%IC	%	95%IC						
<b>Idade (anos)</b>										
< 30	7,2	5,3	9,8	92,8	90,2	94,7	0,945	1,000	-	-
30  - 40	7,6	5,5	10,6	92,4	89,4	94,5		1,062	0,651	1,733
>= 40	7,8	5,2	11,5	92,2	88,5	94,8		1,089	0,634	1,870
<b>Raça preta/parda</b>										
Sim	6,1	4,7	7,9	93,9	92,1	95,3	<b>0,009</b>	1,000	-	-
Não	10,2	7,7	13,5	89,8	86,5	92,3		1,759	1,148	2,695
<b>Escolaridade</b>										
Analfabeta/ Até 4º ano do Fundamental	4,5	2,4	8,2	95,5	91,8	97,6	<b>0,001</b>	1,000	-	-
5º aos 8º anos do Ensino fundamental	6,9	4,9	9,7	93,1	90,3	95,1		1,596	0,762	3,343
Ensino fundamental completo	5,8	3,9	8,6	94,2	91,4	96,1		1,317	0,610	2,844
Ensino médio/superior	13,2	9,3	18,5	86,8	81,5	90,7		3,262	1,528	6,965
<b>Estado civil</b>										
Solteira e sem parceiro (a) fixo (a)	8,4	6,4	10,9	91,6	89,1	93,6	0,350	1,672	0,696	4,015
Possui parceiro (a) fixo (a)	5,7	3,6	8,9	94,3	91,1	96,4		1,103	0,426	2,854
Casada	8,6	5,8	12,5	91,4	87,5	94,2		1,712	0,676	4,340
Outro	5,2	2,3	11,1	94,8	88,9	97,7		1,000	-	-
<b>Experiencia como moradora de rua</b>										
Não	7,8	6,4	9,6	92,2	90,4	93,6	0,309	1,414	0,724	2,761
Sim	5,7	3,1	10,1	94,3	89,9	96,9		1,000	-	-
<b>Religião</b>										
Não tem religião	7,5	4,4	12,4	92,5	87,6	95,6	0,356	1,135	0,586	2,200

	Hanseníase									
	Sim			Não			p	OR	95%IC	
	%	95%IC	%	95%IC	95%IC					
Católica	9,0	6,8	11,9	91,0	88,1	93,2		1,397	0,875	2,231
Evangélica	6,6	4,8	9,1	93,4	90,9	95,2		1,000	-	-
Antes de ser presa, era a principal fonte de renda da família?										
Não	7,3	5,7	9,3	92,7	90,7	94,3	0,761	1,000	-	-
Sim	7,8	5,7	10,7	92,2	89,3	94,3		1,070	0,691	1,657
Renda mensal do preso (salário mínimo - R \$ 678) antes de ser preso										
Sem renda	11,3	7,7	16,2	88,7	83,8	92,3	0,081	2,120	1,000	4,134
0 -   1 salário mínimo	6,2	4,2	9,1	93,8	90,9	95,8		1,106	0,574	2,131
1 -   2 salários mínimos	8,5	5,9	12,1	91,5	87,9	94,1		1,544	0,806	2,960
> 2 salários mínimos	5,7	3,5	9,1	94,3	90,9	96,5		1,000	-	-
Você é a principal fonte de renda de sua família hoje?										
Não	8,0	6,6	9,8	92,0	90,2	93,4	<b>0,032</b>	2,328	1,050	5,161
sim	3,6	1,7	7,4	96,4	92,6	98,3		1,000	-	-
Participa de programas de transferência de dinheiro?										
Não	8,2	6,4	10,4	91,8	89,6	93,6	0,231	1,308	0,842	2,030
sim	6,4	4,6	8,7	93,6	91,3	95,4		1,000	-	-
Quantas vezes você foi preso?										
1	9,5	7,4	12,1	90,5	87,9	92,6	<b>0,025</b>	1,919	1,130	3,258
2	5,2	3,4	7,9	94,8	92,1	96,6		1,000	-	-
3 ou mais	5,8	3,6	9,3	94,2	90,7	96,4		1,134	0,576	2,235
Quantas pessoas estão compartilhando uma célula com você no momento?										
0 a 2	4,0	1,8	8,7	96,0	91,3	98,2	0,097	1,000	-	-
3 a 10	6,0	3,7	9,6	94,0	90,4	96,3		1,514	0,577	3,972
11 ou more	8,5	6,8	10,5	91,5	89,5	93,2		2,199	0,940	5,143
Você está estudando na prisão atualmente?										
Não	8,4	6,7	10,4	91,6	89,6	93,3	<b>0,049</b>	1,600	1,000	2,564
Sim	5,4	3,7	7,8	94,6	92,2	96,3		1,000	-	-
Você tem algum trabalho remunerado na prisão?										
Não	7,0	5,4	9,1	93,0	90,9	94,6	0,470	1,000	-	-
Sim	8,1	6,0	10,8	91,9	89,2	94,0		1,171	0,763	1,796
Você recebe uma visita sexual dentro da prisão?										
Não	7,9	6,4	9,6	92,1	90,4	93,6	<b>0,028</b>	2,529	1,072	5,970
Sim	3,3	1,5	7,2	96,7	92,8	98,5		1,000	-	-
Você tem algum problema de pele?										
Não	8,1	6,6	10,0	91,9	90,0	93,4	0,069	1,000	-	-
Sim	5,0	3,0	8,2	95,0	91,8	97,0		0,589	0,330	1,049
Você conhece alguém que tem ou teve hanseníase?										
Não	6,8	5,5	8,4	93,2	91,6	94,5	<b>0,025</b>	1,000	-	-
Sim	11,6	7,6	17,3	88,4	82,7	92,4		1,800	1,070	3,030
Você já morou com alguém que já teve hanseníase na mesma casa ou cela										
Não	11,3	6,6	18,6	88,7	81,4	93,4	0,812	1,000	-	-
Sim	12,5	6,4	22,8	87,5	77,2	93,6		1,120	0,439	2,860

No modelo multivariado, as variáveis que se mostraram estatisticamente associadas à hanseníase autorreferida foram: mulheres presas uma vez com duas vezes mais chance de ter hanseníase (IC95%: 1,2 - 3,5); mulheres brancas tinham 1,4 vezes mais chance de ter hanseníase do que mulheres não brancas (IC 95%: 1,1 - 1,8); mulheres que conheciam alguém com hanseníase tinham 1,9 vezes mais chance de ter hanseníase (IC95%: 1,1 - 3,3); e mulheres que compartilhavam uma cela com 11 ou mais mulheres tinham 2,5 vezes mais chance de ter hanseníase do que mulheres que compartilhavam uma cela com duas ou menos pessoas (IC95%: 1,1 - 5,9) (Tabela 4).

**Tabela 4** – Modelo multivariado de fatores associados à hanseníase entre brasileiras privadas de liberdade, 2021.

	<b>OR</b>	<b>95%IC</b>		<b>p</b>
<b>Número de vezes que foi presa</b>				
1 vez <i>versus</i> 2 vezes	2,0	1,2	3,5	0,012
<b>Raça</b>				
Branca <i>versus</i> Preta/Parda	1,4	1,1	1,8	0,002
<b>Conhece alguém que tem ou teve hanseníase</b>	1,9	1,1	3,3	0,020
<b>Número de pessoas compartilhando cela</b>				
11 ou mais <i>versus</i> 0-2	2,5	1,1	5,9	0,035

## Discussão

As prevalências de suspeita de hanseníase na prisão (5,1%) e de hanseníase autorreferida ao longo da vida (7,5%) foram mais de 100 vezes maiores do que a encontrada em uma coorte brasileira da população geral (5). Esses valores mostram a extrema vulnerabilidade dessa população gerada pela pobreza pré-encarceramento (11), bem como a potencial transmissão na prisão. Embora a hanseníase nas prisões seja muito pouco estudada, outros estudos encontraram alta prevalência, como nas prisões do estado do Rio de Janeiro, entre presidiários de ambos os sexos, com prevalência estimada de 6,3% (6). Em oito presídios de um estado da Índia em 1996, a incidência de hanseníase era de 13,3 por 1.000 presidiárias, 12 vezes maior do que a encontrada para a população geral daquele estado, mas muito menor do que a encontrada nas penitenciárias femininas brasileiras (12). Essa alta prevalência de hanseníase entre presidiários pode ser explicada pela combinação das grandes desigualdades socioeconômicas da população carcerária antes da prisão e os problemas estruturais do sistema prisional (13), incluindo celas superlotadas, ventilação insuficiente e pouco acesso aos serviços de saúde (9) A superlotação é um fator em nosso estudo. Mulheres que compartilhavam uma cela com 11 ou mais mulheres tinham 2,5 vezes mais probabilidade de ter hanseníase do que mulheres que compartilhavam uma cela com até 2 pessoas. A

superlotação é considerada pelos Direitos Humanos (14) um dos maiores problemas do sistema prisional brasileiro e um grande entrave aos direitos humanos. A superlotação tem mais de um fator explicativo, mas em grande parte decorre da dificuldade dos internos em obter prisão domiciliar e outras sentenças alternativas, direito das mulheres com filhos menores de 12 anos e que cometeram crimes menores. Essa dificuldade é sentida principalmente por presos pobres. Assim, a pobreza é criminalizada e o sistema penitenciário é utilizado como instrumento de manutenção da ordem. Isso explica as prisões superlotadas, quando poucos crimes são investigados pela polícia (15). Embora a população carcerária apresente taxas de prevalência de hanseníase mais elevadas do que a população em geral, ao contrário da tuberculose, cujos riscos na população carcerária estão claramente estabelecidos, ainda não há evidências científicas de uma associação causal entre prisões e hanseníase.

Pesquisadores que realizaram estudo em presídios do estado de São Paulo argumentam que, dado o longo período de incubação da hanseníase e o tempo mediano de confinamento dos presos entre 36 e 39 meses, pode-se inferir que a transmissão da hanseníase não ocorre no interior do unidade prisional, mas provavelmente em suas respectivas comunidades de origem, ou seja, antes do encarceramento (16). Embora os prisioneiros venham de áreas atingidas pela pobreza com risco de hanseníase e relatem doenças ao chegar na prisão (11), esses argumentos não fazem sentido em nossa conclusão de que a ocupação da cela está associada à hanseníase. Seja de onde vier o caso índice, certamente é possível que a transmissão aconteça em ambientes prisionais. Este estudo tem algumas limitações. Como a coerção pode ser usada, as populações carcerárias são consideradas vulneráveis e, portanto, o acesso de pesquisadores a essa população enfrenta uma série de obstáculos regulatórios.

Apesar da autorização judicial, os presídios do estado de Pernambuco recusaram-se a participar, o que reduziu o tamanho da amostra. Em São Paulo, estado com a maior população carcerária do país e em nossa amostra, apenas duas das seis unidades prisionais selecionadas participaram. Para avaliar o impacto dessa perda, comparamos a prevalência de HIV encontrada em nosso estudo (2,6%) com a obtida em estudo recente envolvendo o universo das penitenciárias femininas do Estado de São Paulo (2,8%). Não houve diferença estatística entre os dois resultados. Tomamos esse resultado como um proxy para a representatividade de nossa amostra neste estado. Nossos resultados sugerem que a prevalência da hanseníase no sistema prisional brasileiro é muito maior do que a encontrada na população brasileira em geral e em prisões de outros países, e que as prisões podem ser uma fonte de transmissão. Medidas de detecção e tratamento precoce da hanseníase nas unidades prisionais precisam ser implementadas visando à prevenção e controle da doença tanto na população carcerária

quanto na comunidade em geral. Sem essas medidas, as prisões funcionam como bolsões hiperendêmicos e uma via de mão dupla com a comunidade, representando um grande obstáculo ao controle da doença. Restrições nos gastos do governo devido à política econômica federal que aumenta o desemprego (17), o trabalho informal (18), a fome (19) e a pobreza (20) que favorecem o aumento da hanseníase combinada com políticas punitivas dirigidas aos presos e preocupação interminável e distrativa do governo federal com sua postura de negação da saúde pública à pandemia de COVID-19, proporcionou um cenário perfeito para que os altos níveis de hanseníase nas prisões brasileiras e na comunidade passassem despercebidos e sem tratamento. Esses fatores sugerem que a prevalência da hanseníase na prisão e na comunidade pode se tornar um problema de saúde pública ainda maior.

## Referencias

- 1 Ustianowski AP , Lockwood, DN. Leprosy: current diagnostic and treatment approaches. *Current opinion in infectious diseases* 2003; 16 (5): 421-427.
- 2 WHO. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. *Weekly Epidemiological Record* 2018; 93 (35): 445-456.
- 3 Brasil. (ed Secretaria de Vigilância em Saúde) (Ministério da Saúde, Brasília, 2020).
- 4 Pescarini JM et al. Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS neglected tropical diseases* 2018; 12 (7): e0006622.
- 5 Brasil. Guia prático da Hanseníase, 2017.
- 6 Nery JS et al. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *The Lancet Global Health* 2019; 7 (9): e1226-e1236.
- 7 Minayo MCdS ,Ribeiro, AP. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciencia & saude coletiva* 2016; 21: 2031-2040.
- 8 Assis RDd. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ* 2008: 74-78.
- 9 Brazil. INFOPEN - Levantamento nacional de informações penitenciárias., (Ministry of Justice of Brazil, 2017).
- 10 Simões AMA ,Bastos, FI. Audio Computer-Assisted Interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20 (5): 1169-1181.

- 11 Bush K et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine* 1998; 158 (16): 1789-1795.
- 12 Kerr-Pontes LRS, Montenegro, ACD, Barreto, ML, Werneck, GL, Feldmeier, H. Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. *International journal of epidemiology* 2004; 33 (2): 262-269.
- 13 Vijayakumaran P, Manimozhi, N, Ravikumar, R, Jesudasan, K, Rao, P. Leprosy among inmates of a prison. *Indian journal of leprosy* 1996; 68 (3): 247-250.
- 14 Soares Filho MM, Bueno, PMMG. Demography, vulnerabilities and right to health to Brazilian prison population. *Ciencia & saude coletiva* 2016; 21: 1999-2010.
- 15 Watch HR. O Brasil atrás das grades, <<https://www.hrw.org/legacy/portuguese/reports/presos/prefacio.htm>> (1998)
- 16 Freixo M. Desintegração do sistema prisional, segurança pública e exclusão social. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21: 2171-2178.
- 17 Bernardes Filho F et al. Leprosy in a prison population: A new active search strategy and a prospective clinical analysis. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2020; 14 (12): e0008917.
- 18 Brasil. Desemprego, <<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>> (2021).
- 19 Brasil. PNAD COVID19, <<https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>> (2020).
- 20 Oxfam. País estagnado: Um retrato das desigualdades brasileiras, <[https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/pais-estagnado/?\\_ga=2.72692245.763506123.1624390290-1096491700.1624390290](https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/pais-estagnado/?_ga=2.72692245.763506123.1624390290-1096491700.1624390290)> (2018).
- 21 Kerr-Pontes LR et al. Socioeconomic, environmental, and behavioural risk factors for leprosy in North-east Brazil: results of a case-control study. *International journal of epidemiology* 2006; 35 (4): 994-1000.

## REFERENCIAS

AGUIRRE, C. C. Sociedade na América Latina, 1800-1940. **História das Prisões no Brasil**, v. 1,

ARRUDA, A. J. C. G. D.; OLIVEIRA, M. H. B. D.; GUILAM, M. C.; DE VASCONCELOS, D. I. B. D.; DA COSTA, T. F. D.; LEITE, I. F. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 11, p. 6646-6654, 2013. ISSN 1981-8963.

ASSIS, R. D. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, p. 74-78, 2008. ISSN 2179-9857.

BRASIL. **Institui a Lei de Execução Penal. Lei no 7.210, de 11 de Junho de 1984.** . Brasília 1984.

\_\_\_\_\_. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília. 1986

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal do Brasil.** Brasília 1988.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** SAÚDE, M. D. Brasília 2004.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** . ESTRATÉGICAS, D. D. A. P. Brasília 2005.

\_\_\_\_\_. **Reorganização e reformulação do sistema prisional feminino.** Brasília: Secretária especial de políticas para as mulheres 2008.

\_\_\_\_\_. **Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência.** Lei nº 11.942, de 2009 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 03, de 1º de junho de 2012.** Ministério da Justiça. Brasília. 2012

\_\_\_\_\_. **Institui a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.** Brasília: Ministério da Saúde 2014a.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional: Documento Basilar para a Elaboração da Portaria Interministerial MJ/SPM nº 210/2014 [en línea].** Brasília 2014b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.** SAÚDE, M. D. Brasília 2014c.

\_\_\_\_\_. **Guia prático sobre a hanseníase.** SAÚDE, M. D. Brasília 2017.

CASTRO, V. D. D.; SÁNCHEZ, A.; LAROUZÉ, B. Para uma abordagem comunitária da saúde penitenciária. **Cad. saúde colet.,(Rio J.)**, v. 22, n. 2, p. 111-112, 2014. ISSN 1414-462X.

CERNEKA, H. A. Homens que Menstruam: Consideracoes a Acerca do Sistema Prisional as Especificidades da Mulher. **Veredas do Direito**, v. 6, p. 61, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. D. C.; PEREIRA, A. P. E.; AYRES, B.; SÁNCHEZ, A. R.; LAROUZÉ, B. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 33, p. e00183616, 2017. ISSN 0102-311X.

FERREIRA, I. N. A Hanseníase no contexto das doenças negligenciadas. **HANSENÍASE**, p. 41, 2014.

FERREIRA JUNIOR, S.; OLIVEIRA, H. B. D.; MARIN-LEON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 100-113, 2013. ISSN 1415-790X.

FREITAS, R. S.; ZERMIANI, T. C.; NIEVOLA, M. T. S.; NASSER, J. N.; DITTERICH, R. G. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação. **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 1, p. 171-184, 2016. ISSN 2178-2865.

GOIS, S. M.; SANTOS JUNIOR, H. P. D. O.; SILVEIRA, M. D. F. D. A.; GAUDÊNCIO, M. M. D. P. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012. ISSN 1413-8123.

GUILHON DE ALBUQUERQUE, J. Instituição e poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições. **Rio de Janeiro: Paz e Terra**, 1980.

INFOPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciarias**. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional Brasília. 2017

JESUS, L.; LERMEN, H. Mulheres e políticas de saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. **SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO**, v. 10, p. 1-11, 2013.

JUSTIÇA, C. N. D. . Brasília: Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas, Conselho Nacional de Justiça 2016.

KOLLING, G. J. J.; SILVA, M. B. B.; SÁ, M. C. D. N. P. O Direito à Saúde no Sistema Prisional. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 282-197, 2013. ISSN 1982-8829.

LERMEN, H. S.; GIL, B. L.; CÚNICO, S. D.; JESUS, L. O. D. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 905-924, 2015. ISSN 0103-7331.

LOPES, F.; LATORRE, M. D. R. D. D.; PIGNATARI, A. C. C.; BUCHALLA, C. M. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1473-1480, 2001. ISSN 0102-311X.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N.; GUARESCHI, N. Saúde da mulher: efeitos de gênero para as políticas públicas. **Psicologia, Formação, Políticas e Produção em Saúde. Porto Alegre: EdiPUCRS**, p. 221-242, 2010.

MWEENE, M. T.; SIZIYA, S. Prevalence of mental illness among inmates at Mukobeko maximum security prison in Zambia: A cross-sectional study. **Journal of Mental Health and Human Behaviour**, v. 21, n. 2, p. 105, 2016. ISSN 0971-8990.

NERY, J. S.; RAMOND, A.; PESCARINI, J. M.; ALVES, A.; STRINA, A.; ICHIHARA, M. Y., . . . BARRETO, M. L. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 9, p. e1226-e1236, 2019. ISSN 2214-109X.

NICOLAU, A. I. O.; RIBEIRO, S. G.; LESSA, P. R. A.; MONTE, A. S.; FERREIRA, R. D. C. D. N.; PINHEIRO, A. K. B. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 386-92, 2012.

NOGUEIRA, P. A.; DE MELO ABRAHÃO, R. M. C.; GALES, V. M. N. Tuberculose e tuberculose latente na população prisional. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 119-127, 2012. ISSN 1518-8787.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2001**.

\_\_\_\_\_. Atualização global da hanseníase, 2014: necessidade de detecção precoce de casos. . p. 461-76, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008. ISBN 8575413597.

SILVA, E. F. D. Atenção à saúde da mulher em situação prisional. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 2, p. 160-172, 2013. ISSN 2316-2864.

SILVA, F. S. E. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde./Alexandre Bernardino Costa...[et al.](organizadores)–Brasília: CEAD/UnB**, p. 241-252, 2009.

SILVA, G. K. N.; VEDOVELLO, V. P.; FEGADOLLI, C. Políticas e práticas da assistência farmacêutica penitenciária. **UNIMEP [periódico na Internet]**, 2008.

SILVA, M. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política**. Simplissimo Livros Ltda, 2015a. ISBN 8564857197.

\_\_\_\_\_. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. **Brasília: Verbena**, 2015b.

SIMÕES, A. M. A.; BASTOS, F. I. Audio Computer-Assisted Interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1169-1181, 2004. ISSN 0102-311X.

SIMÕES, K. G. Etnografia na ala feminina da Cadeia Pública de Cascavel-PR. **Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, n. 14, 2014. ISSN 1981-3341.

SOARES, B. M. **Prisioneiras: vida e violência atrás das grades**. Editora Garamond, 2002. ISBN 8586435848.

TALHARI, S.; NEVES, R. Hanseníase. 3a edição. **Manaus: Gráfica Tropical**, 1997.

USTIANOWSKI, A. P.; LOCKWOOD, D. N. Leprosy: current diagnostic and treatment approaches. **Current opinion in infectious diseases**, v. 16, n. 5, p. 421-427, 2003. ISSN 0951-7375.

VIJAYAKUMARAN, P.; MANIMOZHI, N.; RAVIKUMAR, R.; JESUDASAN, K.; RAO, P. Leprosy among inmates of a prison. **Indian journal of leprosy**, v. 68, n. 3, p. 247-250, 1996. ISSN 0254-9395.

WALMSLEY, R. World Prison Brief data - Brazil. 2018. Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org/country/brazil>>.

WANG, E. A.; REDMOND, N.; HIMMELFARB, C. R. D.; PETTIT, B.; STERN, M.; CHEN, J., . . . ROUX, A. V. D. Cardiovascular Disease in Incarcerated Populations. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 69, n. 24, p. 2967-2976, 2017. ISSN 0735-1097.

ZAMUDIO, P. F. B.; MOSQUEDA-GOMEZ, J. L.; MACIAS-HERNANDEZ, A.; RODRÍGUEZ-RAMÍREZ, S.; SIERRA-MADERO, J.; BEYRER, C. Burden of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among inmates in a prison state system in Mexico. **AIDS research and human retroviruses**, v. 33, n. 6, p. 524-533, 2017. ISSN 0889-2229.