

Vulnerabilidades da população privada de liberdade no Ceará às infecções sexualmente transmissíveis

Vulnerabilities of the prison population in Ceará to sexually transmitted infections

Vulnerabilidades de las personas privadas de la libertad a las infecciones de transmisión sexual en Ceará

Davi Oliveira Teles¹  <https://orcid.org/0000-0002-1191-994X>

Raquel Alves de Oliveira¹  <https://orcid.org/0000-0002-0136-1276>

Samila Gomes Ribeiro¹  <https://orcid.org/0000-0002-4775-5852>

Paula Renata Amorim Lessa Soares¹  <https://orcid.org/0000-0003-1629-443X>

Purdenciana Ribeiro de Menezes¹  <https://orcid.org/0000-0002-5654-3958>

Ana Karina Bezerra Pinheiro¹  <https://orcid.org/0000-0003-3837-4131>

Como citar:

Teles DO, Oliveira RA, Ribeiro SG, Soares PR, Menezes PR, Pinheiro AK. Vulnerabilidades da população privada de liberdade no Ceará às infecções sexualmente transmissíveis. Acta Paul Enferm. 2026;39:eAPE000791.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2026A00000791>



Descritores

Infecções sexualmente transmissíveis; Prisioneiros; Prisões; Vulnerabilidade em saúde; Estudo sobre vulnerabilidade

Keywords

Sexually transmitted diseases; Prisoners; Prisons; Health vulnerability; Vulnerability study

Descriptores

Enfermedades de transmisión sexual; Prisioneros; Prisiones; Vulnerabilidad en salud; Estudio de vulnerabilidad

Submetido

6 de Abril de 2024

Aceito

7 de Outubro de 2025

Autor correspondente

Davi Oliveira Teles
E-mail: daviteles215@gmail.com

Editora Associada

Kelly Pereira Coca
(<https://orcid.org/0000-0002-3604-852X>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Disponibilidade dos dados:

Os autores não disponibilizaram os dados do presente artigo, em repositórios, antes da submissão.

Resumo

Objetivo: Analisar as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas e suas associações com o histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e/ou HIV na População Privada de Liberdade no Ceará.

Métodos: Estudo transversal realizado entre maio e setembro de 2022 nas unidades prisionais cearenses (20.666 prisioneiros). Os dados foram coletados por questionário com informações sociodemográficas, prisionais e histórico de saúde. As variáveis preditoras foram categorizadas conforme o referencial teórico de vulnerabilidades. A variável desfecho foi o diagnóstico de qualquer IST/HIV durante ou após o ingresso no sistema prisional. Para as variáveis contínuas, foram calculadas medidas de posição, dispersão e análise da normalidade e para a associação entre variáveis marcadoras de vulnerabilidade e histórico de IST, foi realizada regressão logística binária.

Resultados: A prevalência de IST foi de 445(2,2%), Sífilis e HIV foram as mais prevalentes. Grande parte dos diagnósticos (54,4%) foram admissionais. Os marcadores de maior vulnerabilidade às IST foram: ter 30 anos ou mais, condição psiquiátrica ou doença crônica prévia, baixa renda, prisão por crime de entorpecentes, relacionamento com outros internos, trabalhar no sistema e tempo de prisão até um ano. Os marcadores de menor vulnerabilidade foram: ter religião, trabalho formal prévio, apresentar deficiência, ser LGBTQIA+, receber preservativos na prisão, relato de violência por policiais, receber visita do companheiro e ter sido transferido de unidade.

Conclusão: A população privada de liberdade cearense apresentou vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas às IST/HIV, atuantes antes e durante o aprisionamento. A alta prevalência admissional reforça a importância de compreender tais vulnerabilidades para promover ações de saúde e qualidade de vida, considerando o contexto pré e intraprisional.

Abstract

Objective: To analyze the individual, social, and programmatic vulnerabilities and their associations with the history of Sexually Transmitted Infections (STIs) and/or HIV in the Prison Population in Ceará.

Methods: This cross-sectional study was performed in May-September 2022 in Ceará prison units (20,666 prisoners). Data were collected using a questionnaire with sociodemographic, prison, and health history information. The predictor variables were categorized according to the theoretical framework of vulnerabilities. The diagnosis of any STI/HIV during or after entry into the prison system was the outcome variable. For continuous variables, measures of position, dispersion, and normality analysis were calculated and for the association between vulnerability marker variables and STI history, binary logistic regression was performed.

Results: The prevalence of STIs was 445 (2.2%), and Syphilis and HIV were the most prevalent diseases. Most diagnoses (54.4%) were made on admission. The markers of greater vulnerability to STIs were as follows: be

¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

30 years of age or older, have a psychiatric condition or previous chronic illness, low income, have been arrested for a drug crime, have relationships with other prisoners, work in the system, and prison time of up to one year. The markers of lowest vulnerability were the following: having a religion, previous formal employment, having a disability, being LGBTQIA+, receiving condoms in prison, reporting violence by police officers, receiving a visit from a partner, and having been transferred from one unit to another.

Conclusion: The prison population of Ceará presented individual, social, and programmatic vulnerabilities to STIs/HIV, which were active before and during imprisonment. The high admission prevalence reinforces the importance of understanding such vulnerabilities to promote health and life quality actions, considering the pre- and intra-prison context.

Resumen

Objetivo: Analizar las vulnerabilidades individuales, sociales y programáticas y su relación con los antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) o VIH en las personas privadas de la libertad en el estado de Ceará.

Métodos: Estudio transversal realizado entre mayo y septiembre de 2022 en las unidades penitenciarias de Ceará (20.666 presos). Los datos se recopilaban mediante un cuestionario con información sociodemográfica y penitenciaria y sobre los antecedentes de salud. Las variables predictivas se categorizaron según el marco teórico de vulnerabilidades. La variable de resultado fue el diagnóstico de cualquier ITS/VIH durante o después del ingreso al sistema penitenciario. Para las variables continuas, se calcularon medidas de posición, dispersión y análisis de normalidad, y para la asociación entre las variables marcadoras de vulnerabilidad y los antecedentes de ITS, se realizó una regresión logística binaria.

Resultados: La prevalencia de ITS fue de 445 (2,2 %), de las cuales la sífilis y el VIH fueron las más prevalentes. La mayor parte de los diagnósticos (54,4 %) se realizó en el momento del ingreso. Los marcadores de mayor vulnerabilidad a las ITS fueron: tener 30 años o más, padecer una enfermedad psiquiátrica o crónica previa, tener bajos ingresos, estar preso por delitos relacionados con estupefacientes, mantener relaciones con otros reclusos, trabajar en el sistema y llevar menos de un año en prisión. Los marcadores de menor vulnerabilidad fueron: tener religión, haber tenido un trabajo formal, presentar una discapacidad, ser LGBTQIA+, recibir preservativos en prisión, denunciar violencia por parte de la policía, recibir visitas de la pareja y haber sido trasladado de unidad.

Conclusión: Las personas privadas de la libertad de Ceará presentaron vulnerabilidades individuales, sociales y programáticas a las ITS/VIH, presentes antes y durante el encarcelamiento. La alta prevalencia al momento del ingreso refuerza la importancia de comprender estas vulnerabilidades para promover acciones de salud y calidad de vida, teniendo en cuenta el contexto pre e intrapenitenciario.

Introdução

A teoria da vulnerabilidade em saúde compreende que fatores interdependentes e interatenuantes de magnitudes individual e social influenciam a determinação da relação saúde-doença e a qualidade de vida de indivíduos ou grupos sociais.⁽¹⁾ Para Ayres, Paiva e Buchala, a vulnerabilidade pode ser dividida em três diferentes dimensões que estão em constante transformação ao longo do tempo: vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.⁽²⁾

A dimensão individual diz respeito às características inerentes do sujeito, tenham elas sido adquiridas no nascimento ou na relação com o ambiente. A dimensão social diz respeito ao “sujeito social”, que se traduz nas estruturas políticas, geracionais e estigmatizantes do contexto socioambiental em que ele está inserido. A dimensão programática diz respeito aos aparatos governamentais e institucionais usados para reduzir ou aumentar as condições de precarização e vulnerabilidade.⁽²⁾

Nesse contexto, algumas populações são frequentemente apontadas na literatura como estando em maior situação de vulnerabilidade, com menores recursos de proteção social e acesso à saúde, poden-

do predispor ao adoecimento. A População Privada de Liberdade (PPL) é um exemplo dessas populações pois suas condições de vida antes do encarceramento já eram frequentemente prejudicadas. Após a prisão, eles podem desenvolver novas condições de saúde ou agravar as condições prévias, gerando um ciclo de fragilização da saúde.^(3,4)

Entre as vulnerabilidades em saúde da PPL, foram registradas significantes prevalências de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nas prisões em diferentes regiões do mundo, principalmente de HIV, Sífilis e Hepatites virais.^(5,6) Assim, pesquisas buscam compreender os motivos dessa vulnerabilidade. Evidências apontam motivos tais como os precários contextos social e econômico dos prisioneiros antes mesmo do aprisionamento, que podem ser atenuados com a prisão.⁽⁶⁾

Apesar das linhas de evidência supracitadas que já destacaram algumas das vulnerabilidades da PPL às IST e HIV, a presente investigação pode ampliar o conhecimento no tópico ao aplicar o referencial teórico das vulnerabilidades, nas dimensões individual, social e programática, para verificar quais as mais associadas às IST/HIV em todas as unidades prisionais do estado do Ceará. Essa abordagem am-

plia a compreensão contextual dos determinantes da saúde nesse grupo e oferece subsídios relevantes para o planejamento de ações e políticas públicas mais eficazes e equitativas.

Ainda, como não existem – até o momento – sistemas nacionais de acesso público de vigilância em saúde da PPL, o conhecimento sobre as vulnerabilidades dessa população às IST/HIV é limitado aos estudos observacionais pontuais, muitas vezes realizados em uma única unidade prisional e sem aprofundamento dos marcadores de vulnerabilidade associados a esses agravos de saúde.

Além das vulnerabilidades prévias, é necessário destacar os desafios à saúde sexual dos prisioneiros. Há registros de unidades prisionais brasileiras que enfrentam desafios tais como falta de recursos humanos, materiais e estratégias de prevenção (como programas de distribuição de preservativos e testagem regular, além da própria infraestrutura e superlotação em várias prisões), que dificultam a promoção da saúde.^(7,8)

Com base no exposto, o presente estudo buscou responder a seguinte questão “Quais são as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas associadas ao histórico de IST e/ou HIV entre pessoas privadas de liberdade no estado do Ceará?”. Partiu-se da hipótese que as IST/HIV podem ser influenciadas por vulnerabilidades prévias ou inerentes ao período prisional. Por isso, visando estimular medidas para redução das vulnerabilidades e promoção da saúde sexual e qualidade de vida da PPL, foi realizada uma análise sobre como o histórico dos prisioneiros e a dinâmica do ambiente prisional poderia influenciar esse desfecho.

Portanto, o objetivo do estudo foi analisar as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas e suas associações com o histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis e/ou HIV na PPL do Ceará.

Métodos

Estudo transversal correlacional foi norteado pelo *checklist* STROBE.⁽⁹⁾ A coleta de dados foi realizada entre maio e setembro de 2022 em todas unidades

prisionais e cadeias públicas no Estado do Ceará por equipe de 50 pesquisadores de campo (psicólogos, sociólogos, enfermeiros, acadêmicos de enfermagem e profissionais de saúde do sistema prisional).

Esta pesquisa faz parte do projeto “Promoção da saúde e qualidade de vida no sistema penitenciário do Ceará”. Ele foi financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) visando realizar o censo penitenciário do Ceará e avaliar a saúde e a qualidade de vida de policiais e da PPL.

A população do estudo compreendeu todas PPLs no Ceará (estimadas em mais de 22 mil em 2022). Foram incluídas todas PPLs do Ceará. Foram excluídos os internos que estavam em atendimento de saúde fora das unidades durante a coleta e aqueles que tinham condições neurológicas que impedissem a entrevista (conforme consulta no prontuário). Após os critérios citados, a amostra final foi de 20.666 indivíduos (92,4% de todas PPLs do estado).

O Ceará tem 32 unidades prisionais. Entre elas, três são Unidades Prisionais Femininas (UPF): Desembargadora Auri Moura Costa (UPF), Sobral (UPF-Sobral) e Crato (UP-Crato). Uma unidade prisional é destinada à população LGBTQIA+ (Irmã Imelda Lima Pontes). Porém, maioria das Pessoas Privadas de Liberdade Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (PPLGBTs) não são direcionadas para essa unidade específica, pois isso depende de uma triagem, não só da autodeclaração de ser LGBTQIA+.

Para coleta de dados, os internos foram previamente informados sobre a realização da pesquisa pelos profissionais de saúde das unidades. Nos dias de coleta, os internos eram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos e confidencialidade da pesquisa, os que aceitaram participar foram conduzidos às quadras das unidades prisionais, nas quais foram distribuídos computadores com um adequado distanciamento entre as mesas para assegurar a privacidade dos participantes. Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos profissionais identificados com crachás, o questionário foi preenchido pelos entrevistadores (média:

30 min). Os prisioneiros foram entrevistados sem algemas quando liberados pelos policiais.

Ressaltamos que os entrevistadores participaram de treinamentos (estratégias para abordagem dos participantes e preenchimento correto dos dados) para aplicar os questionários. Pontuamos ainda que os policiais penais estiveram presentes para segurança dos entrevistadores durante a coleta. Porém, o distanciamento entre policiais e internos foi respeitado para evitar constrangimento e assegurar o sigilo. A receptividade e aceitação da pesquisa foi quase unânime e intercorrências não foram registradas em qualquer momento.

O instrumento de coleta de dados foi adaptado pelos autores com base em um instrumento já existente (usado no Censo Penitenciário do Ceará em 2014). Foram elaboradas novas questões voltadas à saúde da PPL e outras foram adaptadas conforme as modificações no sistema prisional cearense atual. A versão final tinha 162 questões divididas em seções sobre dados sociodemográficos, histórico de violência, histórico prisional e indicadores de saúde física e mental.⁽¹⁰⁾ As perguntas sobre IST e/ou HIV estavam incluídas na seção citada de “indicadores de saúde” como parte integrante do instrumento do Censo Penitenciário.

É válido destacar que uma limitação deste estudo se refere ao fato de que as informações sobre histórico de IST e/ou HIV foram obtidas por autorrelato dos participantes, o que pode estar sujeito a viés de memória ou subnotificação por estigma ou baixa escolaridade dos entrevistados. Ressalta-se que o acesso aos prontuários de saúde dos internos não estava previsto no escopo do Censo Penitenciário do Ceará. Para mitigar possíveis equívocos durante a coleta, os entrevistadores foram treinados para esclarecer quaisquer dúvidas dos participantes, incluindo a descrição simples e acessível das diferentes IST mencionadas no questionário.

As variáveis preditoras foram divididas pelos autores com base no referencial teórico das vulnerabilidades de Ayres, Paiva e Buchala.⁽²⁾ Assim, as variáveis seguintes foram categorizadas como vulnerabilidades individuais: idade, sexo, ser LGBTQ+ (identidade de gênero ou orientação sexual), religião, estado civil prévio, raça e/ou etnia, paterni-

dade ou maternidade, condições de saúde mental, doenças crônicas e deficiências. As vulnerabilidades individuais do período prisional foram o tempo de prisão e o diagnóstico de IST no momento da admissão.

No âmbito das vulnerabilidades sociais, foram elencados os itens seguintes: histórico de prisão anterior e de familiares presos, prisão por crime de entorpecentes, baixa renda familiar antes da detenção e situação de moradia prévia. No ambiente prisional, foram elencadas o uso de drogas lícitas e ilícitas no período prisional, histórico de visitas íntimas na prisão e relacionamentos com outros prisioneiros.

Além disso, as vulnerabilidades programáticas foram as seguintes: escolaridade, histórico de emprego formal, transferência de unidades prisionais, número de pessoas por cela, acesso ao serviço de saúde prisional, participação em orientações sobre prevenção de IST e/ou HIV na prisão, distribuição de preservativos nas unidades prisionais, envolvimento em atividades educacionais e laborais no presídio, além do relato de violência no sistema prisional.

Finalmente, a variável desfecho foi o diagnóstico de qualquer IST e/ou HIV na admissão ou após admissão no sistema prisional. Destacamos que essa variável foi colhida como um autorrelato durante as entrevistas. Porém, todos diagnósticos no Ceará são feitos com testes rápidos admissionais nas unidades prisionais (de rotina ou por consultas de demanda espontânea).

Os dados foram tabulados e analisados usando o software estatístico JAMOV[®] (v. 2.4) para Windows[®]. Para variáveis contínuas, foram calculadas medidas de posição, dispersão e análise da normalidade. Para associação entre variáveis marcadoras de vulnerabilidade e histórico de IST, foi realizada regressão logística binária usando o modelo *backward* (com teste de Wald). Assim, só as variáveis selecionadas pelo modelo permaneceram nas análises finais apresentados. Para as análises, foram usados o intervalo de confiança de 95% e o valor de *p* significativo <0,05. Depois, os resultados foram compilados em tabelas usando o *Microsoft Word*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (Parecer: 5.379.780) (Certificado de Apresentação

de Apreciação Ética: 57107722.6.0000.5054). As vias assinadas dos TCLE foram arquivadas nos prontuários dos internos (com acesso assegurado se solicitado).

Resultados

Quanto à caracterização das PPL na amostra ($n=20.666$), predominaram homens cisgênero (19.626; 94,9%), negros (16.703; 80,8%) e heterossexuais (20.005; 96,8%). Quanto à religião, a maior parte (16.108; 77,9%) eram cristãos, com predomínio de evangélicos (8.911; 43,1%). Quanto à renda familiar mensal, a mais frequente foi <1 salário-mínimo (5.831; 28,2%). Quanto à escolaridade, foi destacado o ensino fundamental incompleto (11.886; 57,5%). Finalmente, a mediana de idade foi de 29 anos (IQR=12) e a mediana do tempo de prisão foi de quatro meses (IQR=6). As prevalências de cada IST segundo o momento de diagnóstico são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Prevalência de cada infecção sexualmente transmissível na PPL do Ceará conforme o momento do diagnóstico

Infecção Sexualmente Transmissível	Diagnósticos na admissão n(%)	Diagnósticos após prisão n(%)	Total por IST n(%)	Prevalência n=20666 (%)
Sífilis	153(63,2)	137(67,5)	290(65,1)	2,4
HIV	41(16,9)	26(12,8)	67(15)	0,3
Gonorreia	17(7)	44(21,7)	61(13,7)	0,3
HPV	22(9,1)	2(1)	23(5,2)	0,1
Clamídia	3(1,2)	19(9,4)	22(4,9)	0,1
Hepatite B ou C	4(1,7)	8(3,9)	12(2,7)	0,06
Herpes	10(4,1)	0(0)	10(2,2)	0,05
Total por momento	242(54,4)	203(45,6)	445(100)	2,2

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis; PPL: População Privada de Liberdade. Fonte: Elaborado pelos autores

A prevalência geral de IST/HIV na PPL do Ceará foi de 445 (2,2%) casos (um caso a cada 46 pessoas). Além disso, a maioria (242; 54,4%) dos diagnósticos de IST/HIV foi realizada nos exames de admissão ao sistema prisional. Entre as infecções, as mais frequentes na admissão foram sífilis, HIV e HPV, respectivamente. Nos casos relatados após o período prisional, sífilis e HIV continuam no topo, mas são seguidas por gonorreia (Tabela 1).

Destacamos que dos 445 casos de IST/HIV, só 25 (5,6%) foram femininos: sífilis (14), hepatite B (1), HIV (4), gonorreia (1), Herpes (1), HPV (1) e Clamídia (3). Sete desses diagnósticos foram feitos durante o pré-natal dessas mulheres privadas de liberdade [sífilis (4), HIV (2) e hepatite B (1)]. Ao todo, 65 mulheres da amostra relataram ser ou ter sido gestante no sistema prisional cearense.

Nas associações entre os marcadores de vulnerabilidade e o histórico de IST em qualquer momento (desde a admissão até a prisão atual), os fatores associados à maior prevalência foram os seguintes: idade ≥ 30 anos (OR=1,49), transtorno psiquiátrico (OR=1,48) ou alguma doença crônica (OR=1,49) prévios, família de baixa renda (OR=1,33) ou prisão por crime de entorpecentes (OR=1,69). Outros tipos de crimes (contra os costumes, contra a pessoa e violência contra a mulher) foram adicionados ao modelo inicial de regressão, mas suprimidos do modelo final de regressão *backward* (com teste de *Wald*). Contrariamente, ter religião, ter trabalhado formalmente no passado, ter alguma deficiência e ser LGBTQIA+ foram fatores protetores para vulnerabilidade às IST (Tabela 2).

Tabela 2. Regressão logística binária entre marcadores de vulnerabilidades e o histórico de IST entre PPL

Marcadores de vulnerabilidade	Categorias de referência	p-value	OR	IC 95%	
				Inferior	Superior
Vulnerabilidades individuais					
Idade	≥ 30 anos (mediana da amostra)	0,004	1,49	1,13	1,97
Religião	Com religião	0,022	0,66	0,46	0,94
Estado civil prévio	Casado ou união estável	0,102	0,79	0,59	1,05
Raça e/ou etnia	Não branca	0,978	1,00	0,72	1,4
Ter filhos	Sim	0,72	0,94	0,7	1,27
Diagnóstico de transtorno mental prévio	Sim	0,029	1,48	1,04	2,09
Doença crônica	Sim	0,01	1,49	1,10	2,02
Pessoa com deficiência	Sim	0,003	0,48	0,29	0,78
É LGBTQ+?	Sim	<0,001	0,04	0,02	0,13
Vulnerabilidades sociais					
Prisão de familiar	Sim	0,792	0,96	0,75	1,25
Baixa renda familiar	Sim	0,026	1,33	1,03	1,71
Preso por crime de entorpecentes	Sim	<0,001	1,69	1,31	2,18
Vivia em situação de rua	Sim	0,185	1,82	0,74	4,48
Vulnerabilidades programáticas					
Escolaridade	Fundamental completo	0,132	1,22	0,94	1,58
Trabalho formal	Sim	<0,001	0,52	0,39	0,7

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis; PPL: População Privada de Liberdade. Fonte: Elaborado pelos autores

A última análise (Tabela 3) visa associar as situações de vulnerabilidades, incluindo as programáticas vivenciadas após o período prisional com o diagnóstico de IST relatado no período prisional. As vulnerabilidades associadas à maior prevalência de IST no período prisional foram as seguintes: ter recebido orientação sobre IST/HIV (OR=1,89), envolvimento em relacionamento afetivo e/ou sexual com outros internos (OR=1,72), trabalhar no presídio (OR=1,49) e estar preso há menos de um ano (OR=1,53).

Contrariamente, menor prevalência de IST/HIV foi relacionada com as variáveis seguintes: ter sido diagnosticado com IST na admissão prisional (OR=0,12), estar em cela com oito pessoas ou menos (OR=0,54), receber preservativos na prisão (OR=0,39), relato de violência por policiais penais (OR=0,34), receber visitas do companheiro prévio à prisão (OR=0,18) e ter sido transferido de unidade (OR=0,21).

Tabela 3. Regressão logística binária entre marcadores de vulnerabilidades e histórico de IST no período prisional entre PPL

Marcadores de vulnerabilidade	Categorias de referência	p-value	OR	IC 95%	
				Inferior	Superior
Vulnerabilidades individuais					
Tempo de prisão	≤1 ano	0,022	1,53	1,06	2,21
Diagnóstico de IST na admissão	Sim	<0,001	0,12	0,05	0,27
Vulnerabilidades sociais					
Uso de substâncias lícitas na prisão	Sim	0,473	1,58	0,45	5,47
Uso de substâncias ilícitas na prisão	Sim	0,089	2,09	0,89	4,88
Relacionamento afetivo e/ou sexual com outros internos	Sim	0,012	1,72	1,12	2,63
Recebe visitas do companheiro prévio	Sim	<0,001	0,18	0,07	0,47
Vulnerabilidades programáticas					
Acesso ao serviço de saúde prisional	Satisfatório	0,608	0,9	0,6	1,34
Recebeu orientação sobre IST/HIV	Recebeu	<0,001	1,89	1,29	2,75
Recebe preservativos na prisão	Sim	<0,041	0,398	0,164	0,964
Relato de violência por policiais penais	Sim	<0,001	0,34	0,23	0,51
Relato de violência por outros internos	Sim	0,064	1,92	0,96	3,81
Quantidade de pessoas por cela	≤ 8	<0,001	0,54	0,38	0,75
Estuda no presídio	Sim	0,165	1,28	0,9	1,84
Transferido de unidade	Sim	<0,001	0,21	0,14	0,33

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis; PPL: População Privada de Liberdade. Fonte: Elaborado pelos autores

Discussão

No perfil sociodemográfico, foi percebida uma predominância de homens negros, jovens e de baixa escolaridade, destacando a vulnerabilidade prévia dessas pessoas. O perfil da PPL cearense é semelhante ao da população de outros estudos brasileiros e internacionais. A sobre-representação de homens negros, jovens e com baixa escolaridade na população prisional cearense e brasileira não pode ser compreendida de forma isolada ou meramente estatística, uma vez que à luz da teoria das vulnerabilidades, pode ser interpretada como reflexo direto de um processo histórico de exclusão e desigualdade que remonta ao período da escravidão no Brasil, cujos efeitos estruturais ainda se perpetuam. ^(2,11) Nesse sentido, a cor da pele, a juventude e a baixa escolaridade não são, por si, causas de vulnerabilidade, mas indicadores de um padrão social e político que produz e reproduz desigualdades e expõe determinados grupos a maiores riscos e menores oportunidades de proteção. ⁽¹¹⁻¹³⁾

Quanto a prevalência de IST, os resultados são próximos aos encontrados em uma revisão sistemática, com prevalências semelhantes para HIV, hepatites B e C, sífilis, Clamídia, gonorreia e Herpes, exceto Clamídia, gonorreia e Herpes, cujos valores foram menores que os mínimos encontrados na revisão. ⁽⁶⁾

Ao comparar esta amostra com uma outra amostra brasileira (pesquisa conduzida nas prisões de Salvador, Bahia, e no Nordeste), foi evidenciada prevalência de 9,4% de IST em uma amostra maior que seis mil PPL, com um semelhante predomínio de sífilis e HIV, embora com prevalências maiores que aquelas da amostra cearense. ⁽¹⁴⁾

Quanto aos marcadores de maior vulnerabilidade às IST na PPL deste estudo, os internos com idade ≥30 apresentaram maior prevalência. No tópico, vários estudos evidenciam as importantes prevalências de IST em faixas etárias mais elevadas, inclusive prisionais. ^(15,16)

Além disso, foi verificada uma associação entre as condições de saúde mental e o histórico de IST. Nesse sentido, estudos evidenciaram vulnerabilidade maior às IST – principalmente HIV e Sífilis –

nos prisioneiros com algum diagnóstico de saúde mental.^(17,18) Além disso, uma coorte pontuou que o tratamento de condições psiquiátricas pode diminuir o risco de ISTs.⁽¹⁸⁾ Estas observações foram confirmadas pelos achados presentes.

Outro fator relevante foram as doenças crônicas prévias como um fator de maior vulnerabilidade às IST. Porém, a literatura não é unânime neste assunto. Uma pesquisa realizada no Reino Unido evidenciou dificuldade em manter a vida sexual ativa e ter uma performance sexual satisfatória em pessoas com condições crônicas.⁽¹⁹⁾ Ao analisar esse achado, percebe-se diferenças de comportamento entre os contextos prisional e público livre, que representa um universo particular de análises de vulnerabilidades e potencialidades.

Além disso, ser de família com baixa renda foi uma das vulnerabilidades para IST. Sabemos que a renda familiar é um importante determinante social em saúde. Além disso, a situação econômica desfavorável pode facilitar comportamentos sexuais de risco como subsistência ou escape psicológico.⁽²⁰⁾ Nesse contexto, um estudo brasileiro também mostrou que renda mensal menor que um salário-mínimo indica maior vulnerabilidade ao HIV/IST.⁽²¹⁾ Isso complementa a relação entre trabalho formal prévio que tem menor prevalência de IST, consolidando o acesso ao trabalho como potencialidade para promover a saúde sexual.

Além disso, a prisão por crime de entorpecentes está entre os fatores de vulnerabilidade. Embora o tráfico de drogas não seja diretamente relacionado com vulnerabilidade sexual, é válido pontuar a correlação entre o uso de substâncias psicoativas e a prevenção ineficaz, pois seu uso diminui as inibições e aumenta a impulsividade, facilitando o envolvimento em comportamentos sexuais sem proteção.⁽⁷⁾

As discussões feitas acima refletem a intersecção entre dimensões individuais, sociais e programáticas que contribuem para o aumento da vulnerabilidade às IST na PPL. A vulnerabilidade não é um estado estático ou um atributo pessoal, mas um fenômeno dinâmico, produzido e reproduzido pelas condições estruturais, pelas relações de poder e pelos processos de exclusão social.⁽²⁾ Assim, marcadores identificados como idade mais avançada, presença de doen-

ças crônicas e diagnósticos de transtornos mentais representam condições que podem afetar a autonomia e a capacidade individual de realizar práticas de cuidado e prevenção em saúde sexual, que pode ser reduzida ainda mais no contexto prisional e suas condições programáticas.

Nos planos social e programático, a baixa renda familiar e o histórico de desemprego antes do encarceramento representam vulnerabilidades estruturais, que antecedem o aprisionamento e refletem trajetórias marcadas pela pobreza, exclusão e marginalização. A associação entre prisão por tráfico de entorpecentes e IST também deve ser compreendida à luz da desigualdade social, exposição ao crime e ao uso de substâncias psicoativas e práticas sexuais desprotegidas, que demonstram como a dimensão social amplia e legitima as vulnerabilidades individuais, configurando um cenário no qual as oportunidades de proteção se tornam ainda mais escassas.⁽¹⁾ Assim, os marcadores de maior vulnerabilidade às IST identificados neste estudo não se configuram como aspectos isolados, mas como expressões interdependentes de um sistema que articula desigualdades sociais, fragilidades individuais e omissões institucionais que reforçam o ciclo da vulnerabilidade.

Em relação aos fatores que reduzem a vulnerabilidade, foi destacada a religiosidade. Semelhantemente, uma pesquisa mostrou que ser religioso e frequentar reuniões religiosas era um comportamento protetor contra IST.⁽²²⁾ Ainda nesse contexto, uma revisão de escopo investigou a relação entre religião e práticas de prevenção ao HIV/IST. Cerca de 48% dos estudos indicaram maior proteção para HIV/IST entre religiosos.⁽²³⁾

Além disso, ter alguma deficiência também foi protetor, o que pode ser explicado pela dificuldade na busca por parcerias sexuais.⁽²⁴⁾ Para compreender esse dado, a vivência de pessoas com deficiência no sistema prisional pode ser ainda mais desafiadora, pois as vulnerabilidades do ambiente somadas à deficiência prejudicam o acompanhamento adequado de saúde na prisão, diminuindo a qualidade de vida desses indivíduos.⁽²⁵⁾

A prevalência de IST foi significativamente maior nas populações cisgênero e heterossexual quando comparada à LGBT+. Neste sentido, um

estudo destacou que alguns indivíduos não se viam como vulneráveis ao HIV por não serem LGBT+. Isso confirma que homens heterossexuais têm uma dificuldade histórica para ver a si mesmos como suscetíveis às IST. Este reflexo dos padrões de masculinidade hegemônica concorda com sua percepção de imunidade.^(26,27)

Considerando as vulnerabilidades programáticas inerentes ao período prisional, uma revisão sistemática evidenciou que as PPL tinham maiores taxas de IST devido aos comportamentos sexuais inseguros, prisões lotadas e más condições de vida.⁽⁶⁾

Primeiro, relacionar-se afetiva ou sexualmente com outros internos foi fator de maior vulnerabilidade às IST. Sobre isso, um estudo descreveu que relações entre prisioneiros eram comuns para manter a vida sexual ativa na prisão, estando eles frequentemente correlacionados com comportamento sexual desprotegido e troca de favores.⁽²⁶⁾ Isso fortalece a importância de as orientações sobre comportamento sexual seguro e testagem serem oferecidas aos pares sexuais nas unidades prisionais.⁽⁷⁾

Embora observada neste estudo maior prevalência de IST entre os participantes que relataram ter recebido algum tipo de orientação sobre IST/HIV, esse achado não necessariamente indica inefetividade das ações educativas. Pelo contrário, hipotetiza-se que as orientações tenham contribuído para aumentar a percepção de risco, o reconhecimento de sinais e sintomas e a busca ativa por atendimento em saúde, favorecendo o diagnóstico e, consequentemente, o relato de IST. Em contextos como o das prisões, onde há múltiplas barreiras ao cuidado e à informação, a educação em saúde sexual continua sendo uma estratégia fundamental para reduzir a incidência de IST/HIV, especialmente quando aliada ao acesso regular a serviços de testagem, diagnóstico precoce e tratamento adequado.⁽⁷⁾

Os presos há menos de um ano tinham maior prevalência de IST. Este achado é diferente, pois um estudo evidenciou que longos períodos de permanência em ambientes prisionais com dificuldade de acesso aos serviços de saúde podem potencializar o desenvolvimento e agravamento das condições de saúde.⁽²⁸⁾ Ressaltamos que essa relação reflete a vulnerabilidade prévia da PPL, pois muitos deles rece-

beram o diagnóstico ou os primeiros cuidados de IST prévias na admissão ao ambiente prisional.

Trabalhar no sistema prisional foi elencado como um fator de maior vulnerabilidade. Tal correlação não foi descrita anteriormente na literatura. Porém, na experiência dos pesquisadores, os prisioneiros que trabalham têm alguns privilégios, tais como circulação sem algemas em algumas áreas e melhor relação com outros prisioneiros e policiais, favorecendo a criação de vínculos sexuais com outros internos.

Outro achado relevante foi a menor prevalência de IST entre os internos que relataram violência por agentes penitenciários. Em um estudo qualitativo complementar, prisioneiros expressaram que a opressão psicológica e física pelos oficiais os restringia em vários aspectos de suas vidas, inclusive no comportamento sexual.⁽²⁶⁾ Salientamos que a violência deve ser repudiada, mas o poder de controle policial poderia ser canalizado para a educação sexual da PPL.

Além disso, a coerção policial pode ser influenciada por outros fatores. Um estudo com policiais penais portugueses revelou que a maioria deles agia para prevenir qualquer contato sexual entre os prisioneiros. O estudo faz lembrar que a repressão policial ao comportamento sexual às vezes está baseada na prevenção da violência sexual entre internos.⁽²⁹⁾

Sobre isso, tanto o estudo citado antes quanto um estudo realizado com prisioneiros na Finlândia salientaram que o comportamento sexual na prisão, mesmo que “consensual”, pode ser mediado por vários fatores de coerção [tais como proteção contra outros internos, contra violência ou assédio sexual (chamado “sexo de sobrevivência” e/ou “sexo protetivo”) ou como moeda de troca por drogas e outros favores]. Isso aponta a complexidade da atuação policial em relação ao comportamento sexual dos internos.^(29,30) Porém, destacamos novamente o repúdio à violência policial nas prisões e a importância de capacitar esses profissionais. Eles devem lidar de forma humanizada, melhor compreender os padrões de sexualidade dos internos e melhor identificar a coerção sexual entre prisioneiros. Além disso, eles devem respeitar a individualidade da PPL e canalizar as ações para prevenir coerção sexual e IST/HIV entre os internos.

Ademais, receber visita do parceiro anterior ao período prisional conferiu menor vulnerabilidade às IST. Nesse contexto, um estudo com prisioneiros cubanos evidenciou que receber visitas íntimas reduziu o número dos diagnósticos de HIV e sífilis.⁽³¹⁾ Além disso, manter os relacionamentos afetivos aumenta o suporte social e a satisfação, reduzindo o envolvimento em atividades sexuais com vários parceiros.⁽³²⁾

Quanto aos fatores de proteção relacionados a menor vulnerabilidade à IST, podemos lembrar o recebimento de preservativos. A distribuição de preservativos e a promoção de um ambiente saudável nas unidades prisionais são estratégias preventivas cruciais para reduzir as infecções.⁽³²⁾ O uso de preservativos é certamente a estratégia mais indicada para reduzir a vulnerabilidade da PPL às IST. Os resultados do presente estudo reforçam sua importância. Assim, as equipes de saúde prisional devem assegurar sua distribuição satisfatória à PPL.⁽⁷⁾

Em suma, a identificação de marcadores associados à redução da vulnerabilidade às IST na PPL evidencia que, embora o ambiente prisional represente uma condição estruturalmente adversa, existem aspectos individuais e sociais que podem atuar como elementos protetores. No referencial adotado, entende-se que a vulnerabilidade não se refere apenas à exposição objetiva ao risco, mas à capacidade de enfrentamento e proteção que os sujeitos desenvolvem a partir de seus contextos sociais, afetivos e institucionais. Assim, determinadas condições ou vínculos (ainda que limitados) podem fortalecer a autonomia, a consciência crítica e a autoeficácia frente às vulnerabilidades, equilibrando parcialmente os efeitos das desigualdades estruturais e das falhas institucionais previamente identificadas.⁽²⁾

Ademais, os achados de redução da vulnerabilidade com ações programáticas reforçam a necessidade de ações baseadas na promoção da saúde e nos direitos humanos, que reconheçam a complexidade das dinâmicas sexuais na prisão e que articulem, de forma efetiva, os princípios da integralidade, da equidade e da dignidade no cuidado à PPL. Assim, a compreensão dessas nuances é essencial para romper com visões deterministas e para orientar ações que promovam não apenas o controle das IST, mas o cuidado com dignidade.

Como limitações do estudo, podemos destacar o delineamento transversal que não pode definir, com precisão, as relações de causalidade quanto ao histórico de IST. Além disso, as informações sobre os diagnósticos de IST foram obtidas através do autorrelato dos participantes e, assim, estão sujeitas a viés de memória. Mais que isso, as informações abordaram questões sensíveis sobre comportamentos individuais, o que pode causar viés de resposta. Recomendamos realizar estudos longitudinais que avaliem a vulnerabilidade da PPL a longo prazo, com acompanhamento das práticas sexuais e causalidades.

Conclusão

A população privada de liberdade no Ceará é vulnerável às infecções sexualmente transmissíveis e/ou HIV onde sífilis e HIV foram as infecções mais comuns. Mais da metade destes casos foram de infecções diagnosticadas na admissão prisional. Vários marcadores de vulnerabilidade estão associados com o histórico de infecções sexualmente transmissíveis e/ou HIV. As populações privadas de liberdade frequentemente já apresentavam vulnerabilidades antes do aprisionamento. Algumas vulnerabilidades antes do ingresso no sistema penal foram potencializadas ou adicionadas a novas vulnerabilidades próprias do período prisional, impactando o sistema penitenciário brasileiro. Uma melhor compreensão dos marcadores de vulnerabilidade é necessária para direcionar os profissionais da saúde prisional, policiais penais e toda a equipe do sistema para proporcionar melhor qualidade de vida à população privada de liberdade.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo financiamento do projeto e à Secretaria de Administração Penitenciária do Ceará pela colaboração com a pesquisa.

Colaborações

Teles DO, Oliveira RA, Ribeiro SG, Soares PRAL, Menezes PR e Pinheiro AKB contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Dimenstein M, Neto MC. Conceptual approaches to vulnerability in health and social care. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 2020;15(1):1–17.
2. Ayres JR, Paiva V, Buchala CM. Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Livro I. Curitiba: Juruá Editora; 2012.
3. Pereira GF, Pimenta MC, Giozza SP, Caruso AR, Bastos FI, Guimarães MD. HIV/AIDS, STIs and viral hepatitis in Brazil: epidemiological trends. *Rev Bras Epidemiol*. 2019 ;22(22 Suppl 1):e190001.
4. Manna S, Tripathy S, Sah RK, Padhi BK, Kaur S, Nowrouzi-Kia B, et al. The Burden of non-communicable diseases (NCDs) among prisoners in india: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(10):2046.
5. Spaulding AC, Rabeeah Z, Del Mar González-Montalvo M, Akiyama MJ, Baker BJ, Bauer HM, et al.; Rollins Investigational Team on STIs in Corrections. prevalence and management of sexually transmitted infections in correctional settings: a systematic review. *Clin Infect Dis*. 2022;74(2 Suppl_2):S193–217.
6. SeyedAlinaghi S, Pashaei Z, Rahimi E, Saeidi S, Mirzapour P, Noori T, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and associated risk behaviors in prisoners: A systematic review. *Health Sci Rep*. 2022;5(5):e819.
7. Moazen B, Assari S, Neuhaan F, Stöver H. The guidelines on infection control in prisons need revising. *Lancet*. 2019;394(10195):301–2.
8. Pont J, Enggist S, Stöver H, Baggio S, Gétaz L, Wolff H. COVID-19-The Case for Rethinking Health and Human Rights in Prisons. *Am J Public Health*. 2021;111(6):1081–5.
9. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth*. 2019;13(5 Suppl 1):S31–4.
10. Lima CA, Santos WS, Aquino CA. Censo Penitenciário do Estado do Ceará. Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado do Ceará; 2014.
11. Baccon WC, Salci MA, Oliveira RR, Previdelli IT, Rêgo AS, Sanches RC, et al. Medidas antropométricas associadas ao tempo de encarceramento de pessoas privadas de liberdade. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE02882.
12. Sahle ET, Amogne W, Manyazewal T, Blumenthal J, Jain S, Sun S, et al. Prevalence of and risk factors for Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in entrants and residents of an Ethiopian prison. *PLoS One*. 2023;18(2):e0271666.
13. do Nascimento CT, Pena DZ, Giuffrida R, Bandeira Monteiro FN, da Silva FA, Flores EF, et al. Prevalence and epidemiological characteristics of inmates diagnosed with infectious diseases living in a region with a high number of prisons in São Paulo state, Brazil. *BMJ Open*. 2020;10(9):e037045.
14. Leite AG, Damasceno LM, Conceição SC, Motta PF. Rapid tests for HIV, syphilis, and chronic hepatitis in a prison population in a prison complex in Salvador (BA), Brazil. *Cien Saude Colet*. 2022;27(12):4467–74.
15. Benedetti MS, Nogami AS, Costa BB, Fonsêca HI, Costa ID, Almeida IS, et al. Sexually transmitted infections in women deprived of liberty in Roraima, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2020;54:105.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines. Atlanta: MMWR Recomm Rep; 2021.
17. Lin YT, Hsu JW, Huang KL, Tsai SJ, Su TP, Li CT, et al. Sexually transmitted infections among adolescents with conduct disorder: a nationwide longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(8):1187–93.
18. Liang CS, Bai YM, Hsu JW, Huang KL, Ko NY, Chu HT, et al. The risk of sexually transmitted infections following first-episode schizophrenia among adolescents and young adults: a cohort study of 220 545 Subjects. *Schizophr Bull*. 2020;46(4):795–803.
19. Erens B, Mitchell KR, Gibson L, Datta J, Lewis R, Field N, et al. Health status, sexual activity and satisfaction among older people in Britain: A mixed methods study. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213835.
20. Boutrin MC, Williams DR. O que o racismo tem a ver com isso: compreendendo e reduzindo doenças sexualmente transmissíveis em jovens negros. *Assistência médica*. 2021;9(6):673.
21. Costa MI, Rodrigues RR, Teixeira RM, Paula PH, Luna IT, Pinheiro PN. Adolescents in situations of poverty: resilience and vulnerabilities to sexually transmitted infections. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 suppl 4:e20190242.
22. Churchill S, Appau S, Ocloo J. Religião e os riscos de infecções sexualmente transmissíveis: evidências da Grã-Bretanha. *Jornal de Religião e Saúde*. 2021;60:1613–29.
23. Vigliotti V, Taggart T, Walker M, Kusmastuti S, Ransome Y. Religion, faith, and spirituality influences on HIV prevention activities: A scoping review. *PLoS One*. 2020;15(6):e0234720.
24. Thurston C, Blom L, Conradsson DM, Joseph C. Sex, support and society: a journey to reclaiming sexuality for individuals living with paraplegia in Cape Town, South Africa. *Spinal Cord*. 2021;59(2):225–33.
25. Baloch NA, Jennings WG. A Preliminary investigation of the intersection of race and disabilities among inmates in the U.S. State Prison System. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2019;63(4):597–609.
26. Zaller ND, Neher TL, Presley M, Horton H, Marshall SA, Zielinski MJ, et al. Barriers to linking high-risk jail detainees to HIV pre-exposure prophylaxis. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231951.
27. Knauth DR, Hentges B, Macedo JL, Pilecco FB, Teixeira LB, Leal AF. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cad Saude Publica*. 2020;36(6):e00170118.
28. Serra RM, Ribeiro LC, Ferreira JB, Santos LL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. *Cien Saúde Colet*. 2022;27(12):4475–84.
29. Coelho C, Gonçalves RA. Prison guards' attitudes towards the prevention of sexual contacts between inmates. *Howard J Crim Justice*. 2010;49(4):361–74.
30. Gunst A, Ryömä I, Andersson M, Laine M, Jern P. Sexual behaviors and desires of inmates in a finnish prison: a survey study with population-based comparisons. *Prison J*. 2023;103(1):91–121.

31. Hernández YV, García LE, Seoane CC, Moya MH. Principales características clínicas y epidemiológicas en internos con sífilis del Centro Penitenciario Mar Verde. *Medisan* (Santiago de Cuba). 2022;26(6):e4389.
32. Moradi G, Mohamadi-Bolbanabad A, Darvishi S, Azimian Zavareh F, Piroozi B, Zareie B, et al. Patterns of sexual behaviors and related factors among prisoners in Iran: results from a national survey in 2015. *Int J Prison Health*. 2019;16(1):29–37.