

ESTUDO DA VULNERABILIDADE À INFECÇÃO DST/AIDS EM DETENTAS DE UMA PENITENCIÁRIA FEMININA DE SÃO PAULO-SP, BRASIL, AVALIADA PELA TÉCNICA SOROLÓGICA

VULNERABILITY TO THE INFECTION STD/AIDS IN FEMALE PRISONERS OF SÃO PAULO-SP,
BRAZIL, ASSESSED BY SEROLOGICAL TECHNIQUE

Leila Strazza¹, Heráclito Carvalho², Raymundo S Azevedo³, Eduardo Massad⁴

RESUMO

Introdução: Nada é mais revelador em uma sociedade do que a história de suas doenças, particularmente as "doenças sociais" como alcoolismo, tuberculose, sífilis, entre outras, e acrescenta-se no início dos anos 80 a aids. Vemos também que a população carcerária apresenta alto risco de infectar-se com DST/aids dada a sua grande vulnerabilidade, mas a prisão é considerada como momento único para cuidar da saúde. **Objetivo:** estimar a vulnerabilidade desta população identificando seu comportamento e grau de informação sobre DST/aids. **Métodos:** Sorologia anti-HIV, *antipallidum* e entrevistar 290 detentas sobre seus comportamentos sexuais, hábitos, crenças, idade, escolaridade, cor, conhecimento sobre DST/aids. Após o conhecimento sobre a sorologia, foram realizadas oficinas de sexo seguro (*workshops*) inspiradas na tradição de Paulo Freire. **Resultados:** As prevalências foram relacionadas com os comportamentos de risco utilizando-se tabelas de contingência. O risco avaliado pelo *Odds Ratio* e testes estatísticos de qui-quadrado e teste exato de Fisher para determinação da significância estatística. A positividade para o HIV foi de 13,9% e para sífilis 22,8%. **Conclusão:** As altas prevalências encontradas nessa população associadas ao seu comportamento nos parecem indicar que a via sexual seja uma rota importante de transmissão do HIV. Programas de prevenção às DST/aids e voltados a outras necessidades das detentas, mulheres que vivem em regime de reclusão no sistema penal, são altamente recomendados. Lembrando a história da sífilis como um alerta ao comportamento da sociedade e desta forma ajudando a evitar erros que foram cometidos no passado.

Palavras-chave: detenta, soroprevalência, DST aids, sífilis, oficina de sexo seguro

ABSTRACT

Introduction: There is not so revealable in the society than his diseases history meanly the "social diseases", as alcoholism, tuberculosis and syphilis among others. Add aids to this group on the earlier 80's. We also observed the incarcerated population run high -risk DST/aids infections due their high vulnerability. The arrest condition could be unique to self-care concern. **Objective:** estimate this population vulnerability identifying their risk behaviour and DST/aids knowledge **Methods:** To access HIV and *anti-pallidum* serology and interview 290 female prisoners about their age, formal education, race, sexual behaviour, habits and DST/aids knowledge. It was carried out safe-sex workshops based on Paulo Freire's methods, also named "oppressed pedagogy" that it gives a preference to the movements against social exclusion. **Results:** Prevalence were related to risk behaviour trough contingency tables to obtain OR and chi-square and Fisher tests were performed in order to estimate the statistics significance. The HIV and syphilis prevalence were 13.9% and 22.8% respectively. **Conclusion:** The high prevalence and the sexual behaviour risk infection associated found in this specific population suggest the sexual route as huge importance. Preventions DST/aids program and other specially aimed to prisoners necessity, to women living recluse in the Penal System, are highly recommended. Syphilis history has to be reminding as an alert to the society behaviour in order to avoid mistakes that has been done in the past.

Keywords: female prisoners, seroprevalence, DST aids, syphilis, safe-sex workshops

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 15(4): 27-32, 2003

INTRODUÇÃO

Para a população confinada, o momento de prisão apresenta-se como único em sua vida para cuidar do corpo, da saúde e, ainda nessa mesma temática, poder refletir sobre sua prevenção¹.

Contudo, Butler² afirma que há uma certa evidência a ser observada na alta prevalência de DST nesta população socialmente excluída, pois, fora da prisão, existe um certo limite nos serviços de saúde que termina por sugerir que a prisão seja, realmente, o lugar ideal para esse tratamento.

Entretanto, chama-se a atenção para o alto risco a que esta população está exposta, de adquirir DST, inclusive aids, estando encarceradas e realizando relações sexuais às pressas, escondidas e, geralmente, sem "camisinha"³⁻¹⁵.

Simooya¹⁶ afirma que o mesmo comportamento que a pessoa tiver fora da prisão será mantido enquanto estiver presa e se acentuará com o tempo de cadeia. Ao se comparar a população confinada com a população em geral, sabe-se que existem mais

¹ Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

² Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

³ Professor Associado do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

⁴ Professor Titular da Disciplina de Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LIM 01 HC-FMUSP)

facilidades de se adquirir o vírus HIV no sistema penitenciário^{4, 6, 7, 17-21} e segundo Peres-Molina²², Wolfe²³, Miranda²⁴, uma das causas da disseminação das DST no sistema correcional não se deve somente à mistura de prisioneiras dentro das celas, mas, também às freqüentes transferências de detentas de uma prisão à outra. Parece-nos interessante afirmar que nada é mais revelador em uma sociedade do que a história de suas doenças, particularmente as “doenças sociais”, como foram chamadas nos anos 50: alcoolismo, tuberculose, sífilis entre outras. Acrescenta-se a aids no início dos anos 80.²⁵

A sífilis é uma doença séria que não desapareceu nestes cinco séculos, embora tenha matado menos pessoas que a tuberculose ou o alcoolismo. Ela é de grande interesse para a história da medicina pois é possível resgatar além de relatos da doença em si, as histórias das atitudes e da sexualidade da sociedade.²⁵ A sífilis sempre lembrou uma doença vergonhosa, transmitida por vias sexuais, tendo sido relatada na Europa, no final do século XV, como uma nova doença, que era mais horrível que a lepra e a praga devido à profusão de seus sintomas e por ser extremamente contagiosa e com sofrimento²⁵. Acredita-se que a sífilis espalhou-se na Europa depois do regresso de Colombo da América^{26, 27} e com Carlos VIII²⁶. Segundo Freyre²⁸, os avanços da sífilis e da gonorréia tiveram o seu início no Brasil no século XVIII, com os excessos sexuais dos internatos que apareceram após a independência e foram freqüentados por filhos de magistrados, altos funcionários públicos, senhores de engenho: “focos de heterodoxia”, onde os meninos acabavam morrendo de febre ou infecção:

“... uma Sodoma ... os discípulos dos Padres Cardim e Faria – sem temor de Deus nem vergonha dos homens – andavam o dia inteiro como uns bodes, pulando cercas e saltando valados, atrás de escravas e de outras mulheres que para esse fim mandam vir da cidade”. Segundo Perestrello²⁶, o Brasil representou um terreno propício à sífilis, não só devido à rápida adaptação dos portugueses a este país, como, principalmente, pela facilidade com que as índias entregavam-se aos brancos.

Por ser uma doença transmitida por via sexual, dizia-se, claramente, que este havia sido o caminho que Deus tinha escolhido para punir a depravação.²⁵

No Século XVIII, considerações morais a respeito da sífilis foram gradualmente suplantadas por considerações médicas, pois a moralidade não podia mais se fundir com a religião e doença deveria ser tratada como doença.²⁵

O terceiro maior estágio da sífilis foi descrito no Século XIX onde podemos ver o progresso em pesquisas básicas. Esta foi, inegavelmente, a grande virada na história da sífilis. Embora o Século XIX, tenha sido o século da medicina por excelência, a sífilis fez ainda invasões substanciais e continuou a espalhar-se em todas as classes sociais²⁸. Depois da Segunda Guerra Mundial, com a liberação dos códigos morais e a emergência dos novos grupos de alto risco como os homossexuais, prostitutas, estudantes entre outros, foram abandonadas todas as medidas profiláticas discriminatórias com um movimento ainda maior do espalhamento da infecção.²⁵

O medo da sífilis teve o seu pico durante a primeira metade do Século XX, quando foi produzida uma série de pôsteres como, por exemplo:

“Volte para casa fisicamente ajustável e moralmente limpo”²⁵, instalando-se o princípio de que todas as relações

sexuais eram de risco, deixando-se de lado o momento de prazer e não se questionando sentimentos individuais.

A epidemia da aids iniciada nos anos 80 apresenta história bastante semelhante a esta que resgatamos acerca da sífilis.

A sífilis estava em todos os lugares: rádio, teatro, cinema eram ativamente usados para assustar o povo. Talvez se encontre, aqui, uma resposta ao atual “terror” que a aids causou e causa. Reação semelhante gerada com o horror da morte que a sífilis relata em sua história.

A sífilis teve cinco séculos marcando a história numa mistura de mito e medicina, revelando o comportamento moral de todas as sociedades como a doença mais social do mundo²⁵.

O mundo selvagem da sífilis ressurgiu não apenas como a ponta de um *iceberg*, pois ela não é um fenômeno isolado, mas parte de um todo na elevação da ocorrência das DST. A despeito desta elevação, a chegada da aids fez com que ela se tornasse o terror do rico, do pobre, do professor, do analfabeto...²⁵

Podemos dizer que a aids remonta a considerações socioculturais da sífilis, uma doença vergonhosa do passado e que teve a sua história²⁵.

“Vamos esperar não precisar de mais cinco séculos para dizer a mesma coisa sobre o vírus da aids”²⁵.

Pois, atualmente, ter aids ainda é considerado, por algumas pessoas menos privilegiadas de informações, como um “castigo de Deus”, o que encontra um bom paralelo histórico com a sífilis no século XVII e XVIII.

A aids é uma das principais causas de morte nas prisões, embora existam poucas informações sobre pacientes com aids dentro delas e, mesmo se sabendo da urgência da prevenção da aids nas prisões, encontram-se fortes barreiras para a evolução de programas de prevenção^{29, 30}.

OBJETIVO

Avaliar a vulnerabilidade da população carcerária de uma penitenciária feminina de São Paulo às DST/aids, identificando seus hábitos de risco tais como: promiscuidade sexual, ser portador de DST, conhecimento sobre DST/aids, suas histórias de vida entre outros.

MÉTODOS

Estudo do tipo transversal realizado num grupo de 290 detentas entre os meses de agosto e outubro de 2000 numa penitenciária feminina na cidade de São Paulo, SP. Foi coletada amostra de sangue para estudo sorológico seguido da aplicação de um questionário-padrão semi-estruturado de comportamento pela *técnica face-to-face*.³¹ E após o conhecimento dos resultados sorológicos foram realizadas oficinas de sexo seguro com, no máximo, 10 detentas, cada uma, no pavilhão de saúde da penitenciária sem a presença de funcionários, seguranças e diretores, sendo dado o livre-arbítrio de participação. Houve a preocupação de evitar-se qualquer tipo de constrangimento.

RESULTADOS

Vinte e três das 290 prisioneiras recusaram-se a participar do teste anti-HIV, alegando desinteresse em descobrir seu real esta-

Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST n = 61

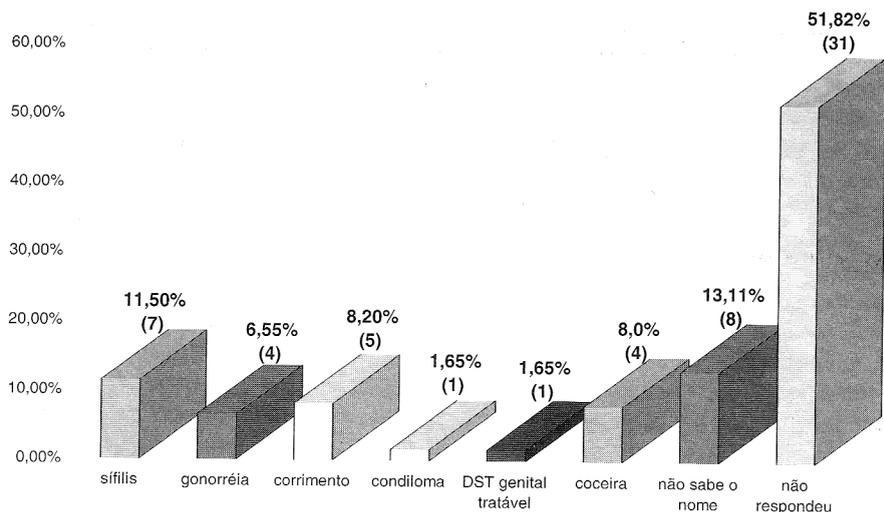


Figura 2- Doenças Sexualmente Transmissíveis referidas pelas detentas de um presídio de São Paulo, SP. no ano 2000.

do sorológico naquele momento e lugar. Palavras de uma detenta: “Não quero cumprir pena duas vezes...”

Porém, as detentas que se recusaram a participar do teste anti-HIV aceitaram participar do teste de sífilis. Os resultados de ambas soroprevalências são apresentados na

O número de respostas às questões varia em consequência dos monitores terem sido instruídos a respeitar o silêncio das detentas ou por existirem perguntas com a possibilidade de resposta com mais de uma alternativa.

Foram entrevistadas 290 detentas com idades entre 18 e 65 anos, média de 31 anos, desvio-padrão de 9,0 e mediana de 29 anos de idade.

Obtivemos 279 respostas referentes à cor da pele que foram assim distribuídas: 56% (156) de brancas, 26% (72) de pardas e 18% (51) de negras.

Cursaram o ensino fundamental (incompleto) 79% (221); ensino médio incompleto 13,6 % (38); analfabetas 6,5% (18); e 0,7% (2) cursaram o ensino superior (Faculdade de Direito).

Quanto ao estado civil: solteiras 53% (147); amasiadas 23% (64); casadas 5% (13); viúvas 8% (23) e separadas 11% (30).

As relações sexuais fora da prisão foram assim descritas: com homens 82% (228); com mulheres 5% (13); com mulheres mas ocasionalmente com homens 4% (12) e com homens e mulheres igualmente 3% (6). Nenhuma referiu não ter feito sexo.

Observou-se diferença de comportamento ao ser perguntado sobre relações sexuais dentro da prisão: sexo com homens 11% (28); com mulheres 24% (59); com mulheres mas ocasionalmente com homens ou com homens e mulheres igualmente apenas uma resposta afirmativa para cada modalidade.

Porém, chamamos a atenção para respostas à pergunta: “Você teve relações sexuais, igualmente, com homens e mulheres dentro de alguma cadeia?”

Foram obtidas duas respostas afirmativas, embora se afirme que dentro das cadeias mistas não se permita ter relações sexuais

entre detentos(as) e não exista visita íntima na penitenciária feminina.

Quando perguntadas sobre terem tido infecções anteriores de DST referiram que sim 22% (61) e que não 77% (216). As frequências de respostas acerca das DST por elas referidas são apresentadas na Figura 2

A percepção de risco, nestas mulheres, varia de ausência ou pequeno risco em 52% e moderado e alto risco em 48%, porém de 37 (37/267) detentas HIV+, oito destas mulheres disseram não ter risco de se infectar.

No caso de terem tido relações sexuais com parceiro com aids responderam que sim 6% (16); não 91% (254) e que não sabem 3% (9).

Os delitos citados mais comuns foram roubo/tráfico de drogas, artigo 157 (43,8%) e artigo 12 (27,3%), respectivamente de acordo com o Código Penal Brasileiro (originalmente Decreto Lei 2.848 de 7.12.1940).

A Tabela 1 mostra a saída temporária nos últimos 6 e 12 meses da detenta e com quem ela tem relações sexuais: companheiro casual, fixo ou ambos.

Quando avaliamos as crenças das detentas acerca da contaminação pela aids, através da pergunta: “Qual dessas pessoas pode passar aids?”, tivemos como resposta marcante as figuras do homossexual e da prostituta. Porém, observamos também que para elas a figura do homem se confunde com a do gigolô. (Tabela 2).

Assim como ter relações sexuais com parceiro fixo (Tabela 3) é um comportamento de risco, neste grupo, para a infecção HIV obtida pela medida de associação do *odds ratio* (Tabela 3), pois não as deixa mais protegidas que as detentas que fazem sexo com parceiros casuais.

Metade das detentas participaram da oficina de sexo seguro com entusiasmo. Suas perguntas e respostas foram claras e objetivas em todas as oficinas. Tinham grande curiosidade em saber: *o que eram, realmente, as DST?* Queriam mais informações

Tabela 1- Comportamento sexual, segundo período, parceiros e uso de camisinha em saídas temporárias de detentas de um presídio de São Paulo, SP, no ano 2000.

Variável	6 meses (n/N)	12 meses (n/N)
Pelo menos uma saída	48% (115/241)	35% (95/270)
teve relações sexuais	48% (60/279)	54% (53/279)
sexo com parceiro casual	20% (12/60)	23% (12/51)
sexo com parceiro fixo	78% (47/60)	75% (38/51)
sexo com ambos	2% (1/60)	2% (1/51)
Nunca usou "camisinha"	72% (7/24)	76% (39/51)

n= número de respostas afirmativas; N= número de respostas

Tabela 2- Avaliação de "crenças" acerca da aids segundo a frequência de respostas à pergunta – Quais dessas pessoas pode pegar aids? Feito para 297 detentas de um presídio de São Paulo, SP, no ano 2000.

Variável*	% (n)
HOMOSSEXUAL	33 (97)
UDI	32 (96)
PROSTITUTA	33 (97)
PRESIDIÁRIO (A)	32 (95)
HOMEM	31 (92)
GIGOLÔ	31 (92)
ARTISTA	30 (88)
MANICURE	29 (86)
PARCEIRO	29 (79)
DENTISTA	23 (69)
AMIGO	23 (69)
MÉDICO	18 (54)
IRMÃO(Ã)	18 (54)
VOCÊ MESMA	18 (54)
DONA DE CASA	17 (51)

* possibilidade de mais de uma resposta

sobre DST; ter conhecimento sobre a possibilidade de a relação homossexual feminina transmitir HIV; o que, *realmente*, transmitia aids.

DISCUSSÃO

Encontraram-se, na literatura, recusas de detentas, semelhantes às havidas nesta pesquisa³²: "Não quero ser castigada duas vezes!"

Algumas detentas referem-se à aids como um "castigo de Deus". Relembra-se neste tipo de observação o paralelo histórico com a sífilis no século XVII. Vamos ilustrar com o recorte do discurso espontâneo de uma detenta durante o trabalho de campo:

"... se Deus existe, ele mandou um castigo ... bem feito ... quem mandou ser tão vagabunda ...!"

Giordani³³ reforça a exclusão, mas admite a inclusão, destas mulheres do ambiente prisional, para o alto risco em adquirir DST, citando uma prática eventual ou freqüente, forçada ou não, da prática do homossexualismo nas cadeias femininas.

O homossexualismo foi detectado pelas respostas que obtivemos ao perguntar sobre as relações sexuais destas detentas fora e dentro das prisões. Levando em conta a prática homossexual, a mesma apresentou-se maior dentro que fora da prisão, portanto levantamos uma questão: Este homossexualismo pode ser considerado ocasional? Os maiores riscos de infecção para as DST e HIV/aids, podem também estar associados à pobreza, desemprego e até como consequência da luta pela sobrevivência. Acrescenta-se, também, a violência associada à marginalidade, crime, prostituição e promiscuidade no cotidiano da vida dessas detentas³³. Seja qualquer uma das causas acima citadas, não

podemos esquecer que esta relação sexual será, quase sempre, sem proteção contra a transmissão do HIV e outros agentes patogênicos causadores de DST.⁷⁻¹⁵ Somando-se a isso, temos o conhecido o fato de que condições de confinamento aumentam o risco de ocorrência das DST.^{3, 4-10} Não é surpresa, então, que ao se comparar população confinada com população em geral, o risco em adquirir HIV no sistema penitenciário é maior^{4, 6, 7, 17, 18, 19, 21}, como também as DST^{25, 28}. Destacamos entre as DST, a sífilis, que além de favorecer a transmissão do vírus HIV³⁴, tem características especiais. Desde sua história até o fato de ser uma infecção com manifestações clínicas por vezes não percebidas e, quando são, apresentar até uma aparente cura sem tratamento (na fase primária e secundária) por meio de melhora dos sinais e sintomas. Desta forma, torna-se difícil sua conscientização como doença quando ela surge no corpo humano. Talvez, então, sejam essas as razões de Quérel²⁵ considerar a sífilis como a “torre de força” das doenças venéreas.

Entre todas as detentas que fizeram o teste de sífilis, ela apareceu claramente em suas histórias passadas ou presente como uma DST consciente e foi confirmada através da sorologia.

A manifestação da sífilis em prisões pode ser assim resumida: na cidade de Nova Iorque (EUA) encontrou-se uma prevalência de 22% entre 1983 e 1987³⁵; 1991 e 1997, 25%³⁶, em Maputo (Moçambique) entre 1990 e 1991, 3,7%¹⁰; em Rhode Island (EUA) 1992, 2,0%; 1994, 2,3%; 1997, 0,9%; 1998, 0,9%³⁷. Nas prisões femininas no Estado do Espírito Santo (Brasil) 1997, 16%²⁴; em São Paulo – SP (Brasil), entre 1997/98, 5,7%⁴. O resultado encontrado no presente estudo de 22,8% reproduz a tendência observada de alta prevalência da infecção.

De uma maneira geral podemos dizer que historicamente se confirma que as prisões têm sido um local de alta prevalência de sífilis, permeada com raras exceções.

Avaliação semelhante às infecções pelo HIV observou-se nas prisões femininas com resultados maiores que os obtidos nesse estudo, que foi de 13,9%: em Nova Iorque (EUA)³² em 1988, 18,8%; na Província da Instituição Penal no noroeste da Espanha, entre 1991 e 1995, 26%³⁸; no Carandiru, em São Paulo-SP (Brasil), no período de 1994 a 1995, 5,7%²¹. Por outro lado, observamos resultados menores que o nosso: Maputo, Moçambique, em 1990, 0,6%¹⁰; Marselha (França) 1995, 8%¹²; Espírito Santo (Brasil) em 1997, 9,9%²⁴; com as adolescentes e infratoras detidas na Fundação do Bem-Estar do Menor de São Paulo-SP (Brasil), no período de 1994 a 1995, 10,3%⁷.

Resultados semelhantes foram observados na Penitenciária Feminina do Carandiru, em São Paulo-SP (Brasil), no período entre 1997 e 1998, de 14,5%⁴.

Voltados para os resultados sorológicos da sífilis foram realizadas as oficinas de sexo seguro, inspiradas na “pedagogia do oprimido”³⁹ com proposta de educação dialógica que reconhece este tipo de educação como prática da liberdade e que, embora, tenha sido iniciada nos anos sessenta, até hoje é vista como auxiliar dos movimentos sociais contra a pobreza e outras formas de exclusão social⁴⁰. Foi através desta tradição acima citada³⁹ que nos surpreendemos com a participação das detentas nas oficinas de sexo seguro. Inicialmente pensamos desenvolver apenas a prevenção com a estratégia de ouvir, corrigir e acrescentar conhecimentos referentes às DST/aids. Porém, com o andamento das oficinas, aquele espaço foi se tornando um lugar ideal para que elas pudessem compartilhar as dificuldades da vida diária e, com

espontaneidade, desta perspectiva, já então dirigida pelas psicólogas, desenvolveu-se uma cumplicidade que talvez tenha sido capaz de tornar mais suportável viver aquele momento de suas vidas.

Os resultados de prevalência destas infecções encontrados tanto neste como em outros estudos dentro das prisões, levantam muitas preocupações sobre o futuro destas mulheres. Não apenas pela precariedade de ações preventivas oferecidas pelo sistema de saúde prisional, mas, também, pelas facilidades apresentadas de transmissão das DST incluindo a aids nas prisões e dentro do sistema correcional^{4, 6, 7, 17-19, 21}.

A epidemia HIV-aids está entrando na terceira década e aquele sentimento de urgência das discussões sobre aids, há mais ou menos 10 ou 15 anos, parece estar desaparecendo. A infecção pelo HIV está se transformando num problema crônico de saúde, porém administrável. Existe uma necessidade urgente de repensar esta hipótese de que a aids está sob controle, ou melhor, de que a fase de emergência já passou e que uma tão desejada vitória seria uma questão de profissionalismo e coordenação. Podemos afirmar que o seu enfoque mudou de espaço social, afetando altamente os setores mais marginalizados da sociedade devido à pobreza, racismo, desigualdade de gênero, opressão sexual, exclusão social⁴¹.

CONCLUSÃO

As altas prevalências de sífilis e HIV encontradas nesta população carcerária feminina por meio da sorologia (22,8% e 13,9%, respectivamente) associadas ao seu comportamento parecem-nos indicar que a via sexual seja uma rota importante de transmissão do HIV. O papel histórico da sífilis também é um alerta ao comportamento da sociedade, que pode ajudar a evitar erros cometidos no passado. Ficou evidenciado também que, além da implementação de programas de prevenção às DST/aids, há urgência de programas especialmente voltados a outras necessidades das detentas, mulheres que vivem em regime de reclusão no sistema penal, mesmo sabendo que estes programas encontram fortes barreiras para sua execução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DIXON PS, FLANIGAN TP, DE BUONO BA *et al.* Infection with the Human Immunodeficiency Virus in Prisoners: Meeting the Health Care Challenge. *The American Journal of Medicine*, 95:629-35, 1993.
2. BUTLER T, ROBERTSON P, KALDORJ *et al.* Syphilis in New South Wales (Australia) prisons. *Int J STD AIDS*, 2001 June; 12 (6): 376-9.
3. RICHARD HK, DANIEL T, SIMON MS *et al.* Screening for Syphilis in Arrestees: Usefulness for Community-wide Syphilis Surveillance and Control. *Sexually Transmitted Disease*, 2002 March, 29 (3): 150-6.
4. LOPES F, LATORRE MR, CAMPOS PIGNATARI AC. *et al.* HIV, HPV and syphilis prevalence in a women's penitentiary in the city of São Paulo, 1997-1998. *Caderno Saúde Pública* 2001 nov-dec; 17 (6): 1473-80. PMID 11784908.]
5. SIMBULAN NYMIA P, AGUILAR ANGELA S, FLANIGAN T *et al.* High-risk Behaviors and the Prevalence of Sexually Transmitted Diseases among Women Prisoners at the Women State Penitentiary in Metro Manila. *Social Science and Medicine* 52 (2001) 599-608.
6. MASSAD E, ROZMAN M, AZEVEDO RS, SILVEIRA *et al.* Seroprevalence of HIV, HCV and Syphilis in a Brazilian Prisoners. 1999. *European Journal of Epidemiology*, 15(5): 439-445.

7. STRAZZA L. Diferenças de Gênero e Risco para a Infecção pelo HIV em adolescentes Internos na Fundação Estadual Para o Bem Estar do Menor de São Paulo-FEBEM (tese de mestrado) Área de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1999.
8. MORRIS RE, HARRISON EA, KNOX GW et al. Health Risk Behavioral Survey From 39 Juvenile Correctional Facilities in the United States. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 17, (6) pp.334-344, 1995.
9. CANTERBURY RJ, MCGARVEY EL, SHELDONKELLER AE et al. Prevalence of HIV Related Risk Behaviors and STDs Among Incarcerated Adolescents - *Journal of Adolescent Health*, Vol. 17, (3) pp. 173-177, 1995
10. VAZ RG, GLOYD S, FOLGOSA E et al. Syphilis and HIV infection among prisoners in Maputo, Mozambique; *Int. J. STD AIDS* 1995 January-February; 6 (1): 42-6
11. SHAFER MA. Sexual Behavior and Sexually Transmitted Diseases Among Male Adolescents in Detention, editorial, may - june 1994.
12. ROTILYM, PUJOL AG, OBADIA Y et al. HIV Testing, HIV Infection and Associated Risk Factors Among Inmates in South-Eastern French Prisons. *AIDS*, 8:1341-44, 1994.
13. MARTIN V, GONZALEZ P, CAYLÁ JA. et al. Case Finding of Pulmonary Tuberculosis on Admission to a Penitentiary Centre. *Tubercle and Lung Disease* 75 (1):49-53, 1994.
14. SHAFER MA, HILTON J, EKSTRAND M et al. Relationship between drug and sexual behaviors and the occurrence of STDs among high-risk male youth. *Sex Transm Dis* 1993; 20:307-313
15. VLAHOV D AND BREWER F. Prevalence to HIV-1 among entrants to US Correctional Facilities, *JAMA* 265: 1129-1132, 1991.
16. SIMOOYA OO, SANJOBO NE. Challenging aids behind bars: time for commitment to action. Oral abstract, Zambia in XIV International AIDS Conference, Prisons and Prisoners, Abstract WeOrE1322, pág.193, Volume II, Barcelona-Espanha 7 a 12 de julho de 2002.
17. KASSIRA EN, BAUSERMAN RL, TOMOYASU N et al. HIV and AIDS Surveillance Among Inmates in Maryland Prisons. *J Urban Health* 2001 June, 78 (2): 256-63.
18. ZANETTA DMT, STRAZZA L, AZEVEDO RS et al. HIV infection and related risk behaviors in disadvantaged youth institution of São Paulo, Brazil. *International Journal of STD & AIDS* 10: a1321.1-7 January 1999.
19. CALZAVARA L, BURCHELL A. Developing Effective HIV Prevention Programs for Inmates: results from an Ontario-wide Survey. *Can HIV AIDS Policy Law News* 10/1999 Fall - 1999 Winter; 5 (1): 32 - 4, 39 - 42. PMID: 11868558 .
20. ROZMAN MA, MASSAD M, AZEVEDO-NETO RS et al. - Transmission of HIV / aids In A Major Brazilian Prison: Relationship With Time Of Imprisonment. Hong Kong. *Abstract Book of 7th International Congress For Infectious Diseases*, Abs 11.008, Pg 12, 1996.
21. FERREIRA MMC. Infecção pelos Retrovirais HIV-1, HTLV-I e HTLV-II na População Feminina da Penitenciária do Estado de São Paulo: prevalência, fatores de risco e conhecimento desse risco (tese de doutorado) Departamento de Epidemiologia de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1997.
22. PEREZ-MOLINA JA, FERNANDEZ-GONZALEZ F, HERNANGOMEZ S et al. Differential Characteristics of HIV-Infected Penitentiary Patients and HIV-Community Patients. *HIV Clin Trials* 2002 Mar-Apr; 3 (2): 139-47, PMID: 11976992.
23. WOLFE MI, XU F, PATEL P et al. An Outbreak of Syphilis in Alabama Prisons: Correctional Health Policy and Communicable Disease Control *American Journal of Public Health*, 2001 August, 91(8): pp.1220-1225 .
24. MIRANDA AE, VARGAS PM, ST. LOUIS ME et al. Sexually Transmitted Among Females Prisoners in Brazil: Prevalence and Risk Factors. *Sexually Transmitted Disease*, 2000 October, 27(9): pp.491-5
25. QUÉTEL C. History of Syphilis, Editorial office: Polity Press, Cambridge CB2 IUR, UK, 1990.
26. PERESTRELLO D. Sífilis, Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Rio de Janeiro, 5ª edição, 1952.
27. CONTI AL. Sífilis, Editorial Médica Panamericana, Maza, 337, Buenos Aires, 1971.
28. FREYRE G. Casa Grande e Senzala, Livraria José Olympio Editora S.A., Rio de Janeiro, 21 edição, 1933.
29. GRINSTEAD OA, ZACK B, FAIGELES B. Collaborative research to prevent HIV among male prison inmates and their female partners. *Health Educational Behavior* 1999 April; 26 (2) : 225-38.
30. FRANK L. Prisons and Public Health: emergin issues in HIV treatment adherence. *Journal Association Nurses AIDS Care* 1999 November-December; 10 (6): 24-32
31. CATANIA J.A, KEGELES SM. AND COATES TK. Towards an Understanding of Risk Behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly* 17(1):53-72, 1990.
32. SMITH PF, MIKL J, TRUMAN BI et al. HIV Infection Among Women entering the New York State Correctional System, *American Journal Public Health* 1991 May; Vol. 81 Suppl: 35-40.
33. GIORDANI AT, BUENO SMV. A Prática de Homossexualismo entre Mulheres Detentas e a Vulnerabilidade as DST/AIDS. *DST - J. bras. Doenças Sex. Transm.* 13 (5): 23 - 35, 2001.
34. ROUQUAYROL MZ et al. *Epidemiologia e Saúde*, 5ª ed. Fortaleza. Editora Medsi, 1994.
35. BICKELL NA; VERMUND SH, HOLMES M et al. Human papilomavirus, gonorrhea, syphilis and cervical dysplasia in jailed women. *Am J Public Health* - 1991 - October, 81 (10): 1318-20
36. BLANK S, STERNBERGM, NEYLANS LL et al. Incident syphilis among women with multiple admissions to jail in New York City; *J Infect Disease* 1999 October; 180 (4): 1159-63
37. RICH JD, HOU JC, CHARUVASTRA A et al. Risk Factors for syphilis among incarcerated women in Rhode Island; *AIDS Patient Care STDs* 2001 November; 15(11): 581-5
38. MARTIN SV, CAYLA BJA, GONZALEZ MML et al. Evaluation of the Prevalence of HIV Infection in Prison Inmates at the Time of their Imprisonment during the Period 1991/1995. *Revista Espanhola Salud Publica* 1997 May/June; 71 (3) : 269-80.
39. FREIRE P. *Pedagogia do Oprimido*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
40. PAIVA V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/aids e o processo de emancipação psicossocial. *Interface - comunic. Saude e Educ.* v 6, n 11, p.25-38, ago 2002.
41. PARKER R. *Na Contramão da aids* - São Paulo: Editora 34 - ABIA - Rio de Janeiro, 2000.

Endereço para Correspondência:

LEILA STRAZZA

Av. Dr. Arnaldo 455, São Paulo

CEP: 01246-903, Brasil

Telefone: (11) 3081-7717

e-mail: strazza@usp.br

Recebido em: 23/10/03

Aprovado em: 10/12/03

Visite nossa página
www.uff.br/dst/

DST 5, RECIFE 2004
www.dstbrasil.org.br